



DÉPARTEMENT DE L'INTÉRIEUR ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Institut universitaire  
de médecine sociale et préventive  
Lausanne

LES CONSULTATIONS MOTIVÉES  
PAR UNE DOULEUR DANS LA  
PRATIQUE AMBULATOIRE

Martine Nydegger Udin

THESE

Lausanne  
1991

CAHIERS DE RECHERCHES  
ET DE DOCUMENTATION

*Adresse pour commande :*     *Institut universitaire de médecine  
sociale et préventive  
Bibliothèque  
17, rue du Bugnon - CH 1005 Lausanne*

*Citation suggérée :*     Nydegger Udin M. - Les consultations motivées par une douleur  
dans la pratique ambulatoire. (Th. Méd. Lausanne, 1991).  
- Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et  
préventive, 1991, 93 p. (Cah Rech Doc IUMSP, 56).  
Prix : CHF 28.-.

UNIVERSITE DE LAUSANNE - FACULTE DE MEDECINE  
INSTITUT DE MEDECINE SOCIALE ET PREVENTIVE

Directeur : Professeur Fred Paccaud

**Les consultations motivées par une douleur  
dans la pratique ambulatoire**

THESE

préparée sous la direction  
du Dr Jean Martin, Privat-Docent et agrégé

et présentée à la Faculté de Médecine de  
l'Université de Lausanne pour l'obtention  
du grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

par

Martine Nydegger Udin

Médecin diplômé de la Confédération Suisse  
Originaire de Wahlern (Berne)

Lausanne  
1991

## Résumé

Pratique Médicale Ambulatoire (PMA) est une enquête basée sur le modèle américain du National Ambulatory Medical Care Survey qui a été conduite dans les cantons de Vaud et Fribourg en 1987. Elle avait pour but de décrire l'activité des médecins installés et celle des services ambulatoires des hôpitaux. La fiche de relevé de cette enquête comprenait notamment les caractéristiques du patient (âge, sexe), le motif de la consultation et le ou les diagnostics posés par le médecin. Dans le cadre de ce travail, tous les motifs de consultation se rapportant à une douleur ont été sélectionnés et analysés.

Sur l'ensemble des consultations observées, 31 % sont motivées par une douleur. Ces dernières ont été réparties selon leur topographie, ainsi les algies les plus fréquemment mentionnées sont celles de la tête et du cou et celles concernant les membres inférieurs. Dans les services ambulatoires des hôpitaux, on trouve une majorité d'hommes et la pathologie la plus représentée est traumatique. Chez les médecins praticiens, les femmes représentent le 60 % des consultants. Cette répartition est constatée pour toutes les douleurs, à l'exception des douleurs abdominales et urogénitales pour lesquelles on relève une prédominance féminine nette, quel que soit le lieu de consultation. Le groupe des douleurs abdominales se caractérise par une faible part d'affections chroniques. A l'inverse, les douleurs des membres inférieurs comportent une très grande part de pathologies au long cours touchant surtout des patients âgés. Les dorsalgies comprennent également une forte proportion de problèmes chroniques, cependant les consultants sont plus jeunes.

On relève l'importance dans le status douloureux de la pathologie rhumatismale: les jeunes adultes sont fortement concernés puisque ces affections sont mentionnées en premier lieu pour les dorsalgies, les douleurs des membres inférieurs et supérieurs dans la classe d'âge des 15-39 ans (au sein de l'échantillon). Cette pathologie rhumatismale touche plus fréquemment les femmes. Enfin, les diagnostics de troubles mentaux posés lors de ces consultations sont peu fréquents pour les douleurs de l'appareil locomoteur; ils sont plus souvent mentionnés pour les douleurs abdominales et thoraciques.



*C'est une reconnaissance toute particulière que j'aimerais témoigner à ma tante, Janine Christinat qui, en assurant la garde attentive et aimante de mes enfants Gilles, Isabelle et Fanny pendant de longs mois, a permis la réalisation de ce travail.*

Je remercie le Docteur Dominique Hausser pour sa supervision attentive tout au long de ce travail.

Le Docteur Jean Martin, directeur de thèse, a su m'encourager bien souvent; ses remarques et suggestions pertinentes ont été d'une grande aide.

Je remercie tout particulièrement Madame Claudine Jeangros, pour son précieux concours; elle m'a permis d'appréhender l'univers hermétique et mystérieux de l'informatique. Sa disponibilité constante et sa gentillesse m'ont accompagnée dès le début de cette recherche.

Mes remerciements vont également au Professeur Fred Paccaud, directeur de l'Institut de médecine sociale et préventive de Lausanne.

## **Table des matières**

<b>1. INTRODUCTION</b>	<b>6</b>
1.1. Pratique médicale ambulatoire	6
1.2. Préoccupations principales à propos de la douleur en médecine	7
<b>2. REVUE DE LA LITTERATURE</b>	<b>9</b>
2.1. La douleur, comment et pour quoi faire?	9
2.2. Recours au médecin, facteurs participant à la décision de consulter	11
2.3. Historique	12
2.4. Douleur et aspects socio-culturels	15
2.5. Douleur et langage	16
2.6. La douleur prétexte	18
2.7. Aspects particuliers de certaines douleurs	19
2.7.1. Céphalées	19
2.7.2. Douleurs dorsales	20
2.7.3. Douleurs abdominales	23
<b>3. METHODE</b>	<b>24</b>
3.1. Déroulement de l'enquête	24
3.2. Objet de l'étude	24
3.3. Description de l'échantillon	24
3.4. Taux de participation	25
3.5. Récoltes d'information	25
3.5.1. Instrument de recueil d'information	25
3.5.2. Mode de récolte des données	25
3.6. Analyse des diagnostics	25
3.7. Motifs de consultation	26
3.7.1. Problèmes de codification	26
3.7.2. Sélection des consultations motivées par une douleur	26
3.7.3. Répartition des douleurs selon leur topographie	27
3.7.4. Analyse des motifs de consultation	28
3.8. Technique d'analyse - Pondération	29
3.9. Limites de ce type d'enquête	29

<b>4. RESULTATS</b>	<b>30</b>
4.1. Préambule	30
4.2. Douleurs de la tête et du cou	31
4.2.1. Au niveau de l'échantillon	31
4.2.2. Au niveau des hôpitaux	34
4.3. Dorsalgies	37
4.3.1. Au niveau de l'échantillon	37
4.3.2. Au niveau des hôpitaux	40
4.4. Douleurs des membres supérieurs	43
4.4.1. Au niveau de l'échantillon	43
4.4.2. Au niveau des hôpitaux	45
4.5. Douleurs des membres inférieurs	48
4.5.1. Au niveau de l'échantillon	48
4.5.2. Au niveau des hôpitaux	50
4.6. Douleurs thoraciques	53
4.6.1. Au niveau de l'échantillon	53
4.6.2. Au niveau des hôpitaux	55
4.7. Douleurs abdominales	57
4.7.1. Au niveau de l'échantillon	57
4.7.2. Au niveau des hôpitaux	60
4.8. Douleurs uro-génitales	63
4.8.1. Au niveau de l'échantillon	63
4.8.2. Au niveau des hôpitaux	65
<b>5. DISCUSSION</b>	<b>67</b>
<b>6. CONCLUSION</b>	<b>71</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>72</b>
<b>ANNEXE A</b>	<b>79</b>
Fiche de saisie de l'étude PMA (échantillon)	79
<b>ANNEXE B</b>	<b>80</b>
Classification ICHPPC-2	80
<b>ANNEXE C</b>	<b>92</b>
Liste des mots clefs retenus exprimant une douleur	92

## 1. INTRODUCTION

### *1.1. Pratique médicale ambulatoire*

L'idée de réaliser le présent travail est née de la connaissance de l'étude PMA<sup>1</sup> (Pratique médicale ambulatoire) (1). Cette enquête, qui s'est déroulée en février et mars 1987, s'intéressait à cet important secteur de l'activité médicale qu'est la pratique ambulatoire. On peut définir celle-ci par l'ensemble des prestations de santé offertes par des médecins à des patients qui ne sont pas hospitalisés. La pratique médicale ambulatoire comprend donc les consultations des médecins en cabinet, au domicile du patient et par téléphone, les visites dans les établissements médico-sociaux, ainsi que l'activité des services externes des hôpitaux.

Précédemment, plusieurs études ont cherché à mieux cerner cette activité ambulatoire. Aux Etats-Unis, le National Ambulatory Medical Care Survey (NAMCS) s'intéresse depuis 1967 à l'activité des médecins praticiens. Depuis 1973, des recherches sont réalisées annuellement sur un échantillon représentatif (environ 1 %) des médecins installés. De nombreuses publications sont issues de ces enquêtes (2, 3, 4, 5).

En Suisse, une première enquête de type NAMCS a été entreprise en 1978 par Abelin et coll. sur un échantillon représentatif des médecins praticiens (378 cabinets répartis dans tout le pays) (6).

Dans le cadre du Programme national de recherche no 8 "Economie et efficacité du système de santé suisse" (PNR8), une deuxième enquête a été effectuée conjointement par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne et les services de la santé publique des cantons de Vaud et Fribourg. Cette étude avait pour but la description de l'activité des médecins praticiens. Elle s'est déroulée en 1981 et s'est adressée à plus de 200 médecins recrutés sur une base volontaire; plus de 6000 consultations ont été analysées (7, 8, 9, 10).

L'étude PNR8 de 1981 avait apporté de nombreux enseignements sur la pratique ambulatoire des cantons de Vaud et Fribourg. Afin de mesurer l'évolution des soins dans ce secteur, l'étude Pratique Médicale Ambulatoire a été mise sur pied à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne. Sur les milliers de fiches établies par les

---

<sup>1</sup>

Financé par le Crédit Fonds National no 32-8538.85. Jean Martin, requérant principal; Georges Demierre, Philippe Lehmann et Fred Paccaud, corequérants; Dominique Hausser, responsable opérationnel.

médecins dans le cadre de PMA figuraient les motifs de la consultation. Dans le cadre de ce travail, tous les motifs se rapportant à une douleur ont été retenus et examinés.

## *1.2. Préoccupations principales à propos de la douleur en médecine*

Une réflexion sur la douleur est intéressante, voire nécessaire, puisqu'elle peut toucher chaque individu à tout âge, quelles que soient sa culture et son appartenance sociale. La douleur accompagne les changements physiologiques et les grandes étapes de la vie (grossesse, naissance, maladie, blessures, mort), et va souvent de pair avec la maladie, les manoeuvres diagnostiques, et parfois même le traitement médical.

Pour comprendre comment la douleur est perçue, comprise et soignée aujourd'hui, nous devons d'abord savoir comment elle l'était dans le passé. Dans l'aire occidentale qui comprend l'Europe et l'Amérique du Nord, où le judéo-christianisme a été dominant, la douleur a souvent été considérée comme un châtiment de Dieu pour les fautes commises. Celui qui était victime de la souffrance n'avait pas à se plaindre puisqu'il était lui-même la cause de ses malheurs. De plus sa religion lui répétait que la douleur était bonne pédagogie, le conduisant vers une vie plus élevée après le passage de l'épreuve.

Qu'il ait fallu un système d'explication philosophico-religieux à une société confrontée à la douleur et sans moyens scientifiques pour la combattre se comprend aisément. Mais le 19ème siècle voit se développer considérablement les moyens thérapeutiques. Il suffit de se rappeler la rapidité avec laquelle s'est généralisée la pratique de la narcose, mise en oeuvre il y a 150 ans seulement.

Les mentalités évoluent plus lentement que les changements technologiques qui les mettent en question. Ainsi, bien que le médecin soit quotidiennement aux prises avec la douleur, il ne reçoit pas d'enseignement spécifique sur les algies et leur traitement pendant sa formation. Pourtant, on constate depuis quelques années un intérêt nouveau pour ce problème. On parle enfin de la thérapeutique traitement des douleurs (des douleurs chroniques principalement). Des centres de consultation spécialisés sont créés. Mais cette nouvelle approche est encore loin d'être généralisée.

En schématisant, on peut fixer ainsi les deux extrêmes entre lesquels peut se situer l'attitude du médecin face à la douleur: soit il se tient à distance de son patient et lui manifeste peu d'empathie (11), soit il s'approprie sa souffrance en "super-spécialiste" de la douleur, évitant également en quelque sorte une vraie rencontre avec lui.

Les progrès des sciences ont fait de la douleur un problème technique et ils l'ont du même coup privée de sa signification intime et personnelle. "La médicalisation de la douleur réduit la capacité de l'être humain de s'affirmer face à son milieu ou de prendre la responsabilité de sa transformation. Les médecins s'engagent à réduire la souffrance en augmentant la dépendance" (12). Bien que l'on puisse trouver exagérés ces propos, il faut cependant admettre que la société occidentale est dominée par l'analgésie. Quant au corps

médical qui pendant des siècles avait le plus souvent ignoré la douleur (13), il se l'est appropriée aujourd'hui, ainsi qu'il l'a fait de tout ce qui relève de l'intimité de la personne, la sexualité en particulier.

Etant donné que les moyens de combattre la douleur existent, souffrir devient un non-sens, tout comme tombent en désuétude les explications philosophico-religieuses. Ainsi en obstétrique, la pratique de la péridurale qui se généralise s'explique, d'une part, par la volonté de vouloir épargner la souffrance à la parturiente, mais aussi d'autre part, pour éviter certaines manifestations corporelles jugées inconvenantes et gênantes (gémissements et cris).

Le fabuleux marché des produits pharmaceutiques analgésiques amène une question: supporte-t-on moins la douleur aujourd'hui que jadis? La société occidentale véhicule l'idée d'une vie "douce" (confort, "droit à la santé", consommation des loisirs) où la douleur n'a pas de place. La rapide et constante croissance de la consommation des produits analgésiques porte à croire que la population cherche à fuir la douleur dès qu'elle se manifeste.

Tout comme une analgésie peut être souhaitable lors d'un accouchement difficile, ainsi un traitement adéquat se justifie-t-il lors d'une pénible agonie. Mais lorsque l'on dépasse ces cas raisonnables, on peut se demander si une analgésie excessive ne prive pas les personnes concernées d'expériences uniques et capitales. Il n'est pas rare d'entendre: "heureusement, il est mort sans se rendre compte de rien". On retire parfois la désagréable impression d'escamoter la mort. "Le meilleur des mondes" n'est pas loin. Sans vouloir en rien faire l'apologie de la souffrance, et encore moins prétendre que la douleur ennoblit toujours l'individu (elle l'avilit plutôt), il paraît nécessaire de différencier les douleurs qui accompagnent les grands passages de l'existence, en particulier la naissance et la mort, des souffrances chroniques, invalidantes et inutiles de surcroît.

Dans les revues médicales apparaissent des articles qui décrivent des douleurs chroniques, rebelles, et proposent des traitements pour les juguler. Ces cas sont finalement particuliers et ne représentent qu'une petite partie des personnes confrontées à la douleur. Qu'en est-il des maux quotidiens qui conduisent les malades chez le médecin ou à la polyclinique? Des échanges que l'on a avec certains médecins, on retire l'impression que les gens consultent pour peu de choses, ou alors qu'une douleur n'est que le prétexte de la consultation.

Les informations récoltées lors de l'étude PMA incluent notamment les motifs de consultation. Il m'a paru intéressant de regrouper et de classer les douleurs qui avaient conduit à une consultation, afin de savoir ce dont les gens se plaignent et souffrent. **L'objectif de cette thèse est d'analyser les caractéristiques des consultations pour lesquelles le motif invoqué a été une ou des douleurs.** L'importante base de données rassemblées par PMA permet une approche originale de ce problème.

## 2. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Diverses facettes du problème de la douleur seront retenues ici. Après quelques généralités sur l'origine et la fonction de la douleur, on s'intéressera à l'étude du recours au médecin, la décision de consulter étant parfois sans relation avec la gravité des symptômes ou du mal ressentis. Dans une perspective historique, l'attitude des médecins envers leurs patients souffrants à travers les siècles sera évoquée, ainsi que l'évolution du langage courant à propos de la douleur. Les différences interculturelles devant la douleur seront également décrites; en effet, en plus des caractéristiques personnelles, psychologiques de la personne souffrante, les facteurs sociaux et culturels ont une grande importance. Au niveau du patient, on s'intéressera aux aspects de la douleur "prétexte" à une consultation. Enfin, des types plus particuliers de douleurs comme les céphalées, les dorsalgies et les douleurs abdominales seront passés en revue.

### 2.1. *La douleur, comment et pour quoi faire?*

Il semble vain de chercher la meilleure définition de la douleur, même le petit enfant sait ce que c'est que d'avoir mal, alors que les notions plus abstraites (mensonge, culpabilité...) lui échappent. On peut cependant citer la définition retenue par l'International Association for the Study of Pain: "expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou virtuel, ou décrite en termes d'un tel dommage". La douleur est universelle dans le sens d'une réaction à un stimulus nociceptif, mais largement dépendante des facteurs culturels et sociaux dans son expression et sa prise en charge.

#### *Comment?*

Rappelons simplement la définition des physiologistes qui constatent que la douleur naît d'un dommage tissulaire ou d'une dysfonction organique, lorsqu'un nerf ou une terminaison nerveuse est affecté par un stimulus nociceptif. Les fibres conduisant la douleur sont principalement de petit diamètre, dépourvues de gaines de myéline (fibres C). Certaines appartiennent au groupe A (delta) et participent également à la sensation douloureuse. Ces fibres cheminent dans le quart antéro-latéral de la moelle. Elles y constituent le faisceau spinothalamique antéro-latéral qui se termine au pôle postérieur du thalamus (14).

Dans les années 60, le physiologiste anglais Wall et le psychologue canadien Melzack parlent d'un contrôle de la nociception (gate-control theory) qui se ferait au niveau des cornes postérieures de la moelle (15). Ce mécanisme neural agirait comme un portillon, qui peut augmenter ou diminuer le débit des impulsions nerveuses transmises depuis les fibres

périphériques jusqu'au système nerveux central. Cette modulation est déterminée par l'activité des fibres afférentes A bêta (stimuli tactiles et proprioceptifs) qui bloquent les messages nociceptifs véhiculés par les fibres A delta et C. Des fibres descendantes en provenance du cerveau peuvent également inhiber ces messages nociceptifs. Ce contrôle du cerveau sur la transmission au niveau de la moelle épinière explique (entre autres) que l'attention, l'anxiété, et les émotions exercent une influence sur les processus de la douleur. On a même proposé ce modèle pour expliquer les influences socio-culturelles sur la perception de la douleur (16).

Parallèlement aux découvertes de la neurophysiologie, de grands progrès au niveau de la chimie moléculaire ont été faits. Plusieurs substances relâchées à proximité de foyers infectieux, inflammatoires ou ischémiques (bradykinines, histamine, leucotriènes, prostaglandines) sont à l'origine des douleurs ressenties. Dans la moelle épinière, on constate la présence de "substance P" qui faciliterait le passage des messages nociceptifs. Au niveau du cerveau, l'étude des neurotransmetteurs met en évidence des substances analogues à la morphine, les endorphines, qui possèdent une action analgésique puissante. Elles agissent sur de nombreux récepteurs cérébraux responsables du contrôle de la douleur. Ces endorphines interviennent également dans la libération d'autres médiateurs tels que sérotonine, dopamine et noradrénaline. Ces hormones modulent également la régulation de l'état thymique, et l'étude de la chimie des neurotransmetteurs permet aussi de comprendre les interactions entre les émotions et la perception de la douleur (14).

Des études ont également recherché l'existence de bases neurologiques ou physiologiques pouvant expliquer les grandes variations individuelles de la tolérance à la douleur (17).

### *Pour quoi faire?*

A la fin du siècle dernier, Freud, dans ses études sur l'hystérie, postule que les conflits inconscients peuvent se traduire par des symptômes de conversion, comme la douleur, permettant ainsi d'éviter ces conflits. Plus tard, il analyse également les relations entre l'angoisse, le deuil et la douleur.

Dans les années 60, le psychiatre américain Engel affirme que la douleur joue un rôle important dans le développement psychologique de l'individu (18). Elle est associée avec l'apprentissage de l'environnement et de ses dangers, du corps et ses limites. La douleur chez l'enfant amène un cri et par là la réponse de la mère. De même, la douleur et la punition sont liées, (associées à ce qui est mauvais, donc provoquant un sentiment de culpabilité). Il décrit les deux composantes de la douleur: la sensation originelle et la réaction à cette sensation (pain behaviour). Il caractérise certains patients particulièrement "enclins à la douleur" (pain-prone-patients) qui souffrent entre autres d'un fort sentiment de culpabilité. L'apparition et l'installation de douleurs résulteraient de combinaisons de plusieurs facteurs. On peut évoquer l'histoire infantile, des traumatismes affectifs, une agressivité mal canalisée, des antécédents de douleurs, ou l'existence de personnes dans l'entourage pouvant jouer le rôle



de modèle (19). La douleur devenant chronique est alors vue comme l'expression somatique d'une douleur psychique non résolue (18).

A la même époque, le psychiatre Szasz propose une théorie psychanalytique de la douleur (vue comme un signal d'alarme transmis au Moi) et son approche tente d'en expliquer la signification symbolique (dans sa valeur communicative, et en tant que message en forme de demande d'aide) (20). Il cherche à dépasser la séparation entre douleur organique (provoquée par une lésion corporelle) et psychogène (expliquée par des problèmes mentaux). La première se justifierait, la seconde étant ressentie par les thérapeutes ou l'entourage comme illégitime. L'exclusion d'une cause somatique n'est cependant pas suffisante pour incriminer l'étiologie psychogène. Cette dernière serait à retenir dans la moitié de l'ensemble des consultations (21). Du point de vue du médecin, les malades fonctionnels provoquent souvent l'agacement, alors que les patients considérés comme organiques leur sont plus sympathiques (22).

La relation entre douleur et problèmes psychiques montre que ce lien est plus marqué dans les troubles à composantes névrotiques (particulièrement l'anxiété et la dépression) et dans l'hystérie (23, 24). L'association douleur-dépression a également fait l'objet d'études (25, 26). Les patients déprimés se plaignent souvent de douleurs et inversement. Le mécanisme d'action des propriétés antalgiques des tricycliques reste discuté. Certains considèrent la douleur comme un symptôme dépressif, d'autres s'interrogent sur la dépression résultant de la souffrance.

On peut mentionner l'approche comportementale, qui retient les bénéfices secondaires de la souffrance et les effets "renforceurs" de certaines attitudes (26). La douleur demeure une expérience restreinte à la sphère privée, ainsi le thérapeute est dépendant de l'information que le souffrant donne (verbalement ou non). La décision de communiquer une douleur dépend de la signification qu'on lui attribue (douleur acceptable, attendue) et le comportement devant la douleur dépend de facteurs sociaux, culturels et psychologiques (27, 28).

## ***2.2. Recours au médecin, facteurs participant à la décision de consulter***

La gravité des symptômes ou de l'inconfort ressentis ne sont pas les seuls facteurs motivant une visite chez le médecin. Un grand nombre de désordres échappe à toute détection. Plusieurs recherches montrent qu'au sein d'une population, on trouve toujours un pourcentage assez important de personnes qui souffrent d'un problème physique ou d'un désordre clinique, et que ni le genre de problèmes, ni leur gravité ne différencient ceux qui se sentent malades de ceux qui se sentent bien (29). Il semble que certains processus sélectifs (indépendants de la gravité de l'affection) amènent à la décision de consulter. Interviennent ici la gravité attribuée au symptôme (qui dépend de l'histoire personnelle du patient, de sa psychologie, de la prévalence de ce symptôme au sein de la population et de l'importance que

la culture lui donne). En présence de troubles légers, on peut constater des facteurs psychologiques et culturels sans rapport avec le niveau de la santé (28).

Il a également été démontré que les femmes et les hommes réagissent différemment face à la maladie. Il existe une relation plus forte entre le sexe féminin, la tendance à déclarer des symptômes, et l'intérêt pour tout ce qui touche à la maladie et à la santé (30, 31, 32). Le niveau socio-économique joue certainement un rôle important. Contrairement à ce qui est parfois allégué, ce ne sont pas les catégories supérieures qui consultent le plus. Les résultats concernant l'utilisation des services de santé par les catégories moyennes, les ouvriers et les paysans divergent cependant (31, 33, 34). A l'intérieur de chaque catégorie sociale, l'écart entre hommes et femmes persiste (31, 34).

Il semble que les femmes perçoivent, déclarent et finalement consultent davantage pour une grande variété de troubles et de symptômes, et ce d'autant plus que l'on se situe dans un domaine où les facteurs d'ordre subjectif (perception) interviennent plus que ceux d'ordre objectif. D'autres éléments tels que le conditionnement social, le rapport privilégié avec le corps pour des raisons physiologiques et sociales peuvent également être évoqués (31).

Les déterminants du recours au médecin ne sont pas faciles à cerner. Le passage de l'apparition du symptôme au recours médical dépend de la nature du symptôme, mais d'autres facteurs plus difficiles à mesurer tels que la gêne ou la crainte occasionnées, la possibilité matérielle et l'envie de consulter, la pression de l'entourage, l'anxiété ou la peur de la maladie et de la mort, et les composantes psychologiques individuelles (28). On retiendra également les caractéristiques démographiques, sociales, l'attitude individuelle face aux soins médicaux (35). Il ne faut pas négliger la part croissante des sujets médicaux les plus divers abordés presque quotidiennement par les médias, ce qui influence certainement les attitudes et les comportements en matière de santé. A cet égard également, les femmes et certaines catégories modestes sont plus perméables... (36).

La probabilité de consulter varie énormément selon la nature du symptôme. Des symptômes fréquents comme la fatigue et les céphalées débouchent rarement sur une consultation. La probabilité de consulter est très grande pour la toux et le mal de gorge et les douleurs abdominales; elle semble moins importante pour le mal de dos (37).

Enfin, s'agissant de la maladie mentale, il semble que son acceptation croît avec le niveau d'instruction, d'où une tendance à exprimer plus facilement des symptômes de type psychique. Si la maladie mentale fait l'objet de rejet, les patients présenteront à leur médecin des symptômes plus "acceptables" (douleurs diverses, céphalées) (31).

### *2.3. Historique*

Depuis plusieurs millénaires, l'homme a, dans la culture européenne, identifié la souffrance corporelle comme un mal fondamental de la nature. Une des sources de cette attitude se trouve dans la Grèce Antique (12). Pour les Grecs, le bonheur ne pouvait se

concevoir séparé de la peine, pas plus qu'une vie intense d'une sanction tragique. Dans la médecine hippocratique, la maladie et la douleur étaient intrinsèquement confondues. Les affections principales étaient décrites avec précision, on en prévoyait le déroulement, sans que l'étude des causes fassent l'objet de recherche (14). Les disciples d'Hippocrate distinguaient de nombreuses catégories de dysharmonie, chacune d'entre elles provoquant un type particulier de souffrance. Celle-ci était un outil au service du diagnostic et sa disparition n'était pas le but premier de l'intervention médicale, qui visait d'abord le rétablissement de l'harmonie (12). L'énoncé hippocratique "divinum est opus sedare dolorem" (soulager la douleur est une chose divine) indique que le médecin, s'il réussit, est comme un dieu, mais également que la sédation de la douleur est le privilège des dieux uniquement (38). L'âme et le corps formaient une unité inséparable. Il n'y avait ni algie corporelle isolable ni pure souffrance de l'âme. Tous les mots grecs qui désignaient une douleur du corps pouvaient également s'appliquer aux peines de l'âme (12). La douleur n'était que la manifestation chez l'homme d'un univers imparfait, le signe d'un manque général de la nature qui se traduisait par la maladie, le mal et la mort.

Dans la tradition d'Aristote, l'"anima sensitiva" traversait toutes les parties du corps et ce n'était pas le corporel qui possédait la capacité de sentir mais l'âme. Celle-ci était localisée dans le coeur, considéré par Aristote comme l'organe le plus important car centre de toutes les fonctions vitales fondamentales. Puisque la douleur était intrinsèque à la nature, on ne cherchait pas à l'éliminer à tout prix car on aurait en quelque sorte dénaturé le malade. Les médecins de l'Antiquité avaient néanmoins une bonne connaissance des substances naturelles calmantes (la mandragore, le pavot, la jusquiame) utilisées en décoctions, cataplasmes, inhalation, ingestion et suppositoires.

Une seconde source des attitudes européennes se trouve dans la Bible. L'Ancien Testament parlait de la douleur avec une telle richesse de nuances que treize mots hébreux exprimant diverses sortes de douleurs ne purent être traduits que par un seul terme grec. Dans le Nouveau Testament, la souffrance est fortement liée au péché. A l'image du Christ qui a souffert pour le salut du monde, la douleur acquiert une vertu rédemptrice (12).

On ne peut donc que supporter cette douleur, la surmonter, la sublimer, la transformer, l'adoucir, mais pas la combattre, car rien ne peut être changé à son existence. Elle est le témoin d'une création déchue, le signe de la puissance du mal et la conséquence de la chute d'Adam et d'Eve portant comme punition la culpabilité (39).

A cause de cette inséparable unité du corps et de l'âme, le corps ne pouvait pas apparaître dans son organisation propre et sensée et la question des conditions corporelles de la communication de la douleur ne pouvait pas se poser (39).

René Descartes a le premier considéré la douleur non plus comme mal mais l'a nommée avec tous les autres affects de l'âme (colère, joie...). Il sépare la conscience, l'âme du corps et peut maintenant comprendre les corps sans âme comme des appareils techniques. Le phénomène de la douleur devient alors quelque chose de purement corporel. Elle provoque des réactions de défense et de protection qui sont utiles à l'organisme. Descartes parle de

notion de seuil de douleur et de réaction motrice et émet l'hypothèse que ces sensations sensitives passent par des nerfs sensitifs (qu'il voit comme des tubes remplis de ficelles tirées pour transmettre la sensation au cerveau) et par la moelle épinière pour aboutir au cerveau, ce qui était une nouveauté pour l'époque. A la douleur est liée une réaction motrice, le réflexe, "et c'est ainsi qu'automatiquement, la main se retire de la flamme qui la brûle" (40).

Dans cette conception nouvelle où le corps est séparé de l'âme, le phénomène de la douleur peut être classé comme expression d'une autorégulation de l'organisme et devenir objet de recherche. Plus tard, Leibniz répète que la douleur corporelle n'est pas un mal mais au contraire l'expression d'une sagesse supérieure pour la protection et le maintien de la vie. Séparant le mal physique du mal moral, il montre que la douleur physique n'est pas l'expression d'une nature imparfaite, mais un moyen nécessaire d'un bon but. Dans l'idée exprimée par Leibniz, le monde des corps né d'un créateur sage est le meilleur possible, les maux apparents du monde physique (douleur, faim, soif) deviennent des conditions nécessaires à cette perfection. La nature apparaît alors comme un ordre commandé par des lois éternelles et inébranlables. Cette nouvelle image du monde fut la condition théorique très importante pour une recherche empirique (39). L'idée que la douleur est le surveillant et le gardien de la vie est entrée dans la science médicale vers la moitié du 18<sup>ème</sup> siècle et est devenue une partie importante de ses notions (41).

La recherche a fait des progrès spectaculaires ces deux derniers siècles. On avait assisté à un abandon progressif au Moyen-Age de la pharmacopée antique, considérée par l'Eglise comme l'expression d'une magie païenne (à moins que leur usage soit réservé uniquement aux religieux). On trouve au XVI<sup>ème</sup> et XVII<sup>ème</sup> siècle des mesures formelles édictées par les autorités professionnelles et judiciaires interdisant d'insensibiliser les malades avant les interventions (38). Les chirurgiens répugnaient à opérer sur un corps endormi, présentant tous les signes de la mort; ils pensaient que l'opération réussirait mieux s'il y avait une douleur. Quant au clergé, il s'opposait à l'analgésie obstétricale car la souffrance devait "racheter" le péché originel. A partir de 1780, les sciences chimiques avaient progressé selon les avancées de la méthode expérimentale (1776: protoxyde d'azote). L'acceptation de ces méthodes anesthésiques par les autorités médicales et le clergé ne fut obtenue qu'après 40 ans de luttes terribles (13, 38). Les premières narcoses (à l'éther) ne datent que du milieu du siècle dernier (1846). Leur succès fut tel qu'il balaya les oppositions, et les techniques d'anesthésiologie se répandirent extrêmement rapidement à travers l'Europe.

L'attitude de l'homme envers la douleur changea. La relation entre la douleur et les autres maux dont l'homme peut souffrir se transforma et à sa place apparurent d'autres souffrances: dépression, invalidité (12). Actuellement les douleurs corporelles sont, dans un ordre perfectionniste, un dérangement malvenu dont il faut se débarrasser au plus vite, ce qui conduit à l'abus d'analgésiques largement constaté. Si la séparation du corps et de l'âme fut une condition nécessaire au développement de la recherche médicale, il faut aujourd'hui à nouveau considérer l'être humain dans sa globalité, ne plus séparer les maladies physiques des maladies mentales. On peut souhaiter "une intégration progressive au niveau conceptuel et thérapeutique de la psychiatrie et de la médecine somatique" (23) pour permettre de dépasser ce clivage soma-psyché.

## 2.4. Douleur et aspects socio-culturels

La culture fournit un cadre qui permet d'organiser le vécu de la personne. Elle fournit également des éléments pour exprimer la douleur (les sons, les mots, les gestes) et les mythes qui expliquent son existence (12).

Postulant que les manières de percevoir et de communiquer la douleur sont influencées par la culture, et que les réponses à la douleur diffèrent notablement suivant l'appartenance socio-culturelle, plusieurs recherches ont été entreprises (29, 42, 43). A l'aide d'entretiens avec les malades, d'observations de leur comportement, de discussions avec les soignants et d'interviews avec des membres en bonne santé "témoins" appartenant à chacun des différents groupes ethniques étudiés, plusieurs types de malades d'origine différente ont été comparés. Ces études démontrent qu'en dépit de certaines similitudes des réactions à la douleur, les attitudes sous-jacentes à son égard peuvent différer notablement. Certains se sentent concernés par le caractère immédiat et la sensation effective de la douleur, et attendent un soulagement rapide de leurs souffrances (patients d'origine italienne plutôt). Dans une autre culture (personnes d'origine juive) l'attention des malades se porte essentiellement sur la signification des symptômes et le sens que prend la douleur pour leur santé. Ces deux groupes ont en commun des caractéristiques culturelles permettant une libre expression des sentiments et des émotions. Ils avaient été choisis car décrits comme très émotifs dans leur réponse à la douleur. Les malades d'origine nord-américaine ont également été étudiés, et auraient moins tendance à se plaindre, particulièrement dans les situations où la douleur est attendue. Il est clair qu'il peut y avoir conflit si un patient n'a pas le comportement que le milieu médical attend de lui et le médecin aura tendance à minimiser la souffrance effective de certains malades.

D'autres travaux ont comparé différents groupes ethniques en utilisant une douleur produite par chaleur, pression ou par stimulation électrique (voir la revue de la littérature publiée par Wolff) (43). Elles sont plus contestables car restreintes à un cadre purement expérimental.

A l'intérieur d'un même groupe ethnique, la variable professionnelle joue un rôle important lorsque la douleur affecte une partie bien définie du corps (un ouvrier par exemple sera plus affecté par une hernie discale qui peut compromettre sa capacité de gagner sa vie qu'un col blanc). Le niveau d'éducation module également l'attitude que manifeste un patient sur la signification des symptômes de douleur (27).

Dans certaines cultures, la douleur est vécue comme un châtiment divin, on ne peut alors rechercher son abolition, sauf en passant par une thérapie douloureuse (opération, injection). Les cultures caractérisées par un sens pénétrant de la culpabilité sont aussi celles qui estiment les rituels de douleurs, d'expiations et de prières (18).

Une culture peut influencer la somatisation si l'expression de détresse émotionnelle n'est pas encouragée, comme en Chine par exemple (27). L'anxiété ou la dépression peut

alors se traduire par des symptômes physiques comme une faiblesse ou des douleurs diverses (28).

La manière de communiquer douleur et maladie n'est qu'un reflet de notre culture. La richesse des plaintes, le grand nombre de symptômes et la multiplicité de leur localisation que l'on peut observer dans certaines situations en témoignent (pour une même affection, par exemple une otite, les patients d'origine italienne donnent un nombre de symptômes statistiquement plus grand que les Irlandais : "mal à l'oreille, et derrière la tête", etc...). Les différences observées quant à l'expression de la douleur ne sont pas que le simple reflet d'une qualité expressive propre à chaque culture. Elles relèvent peut-être d'un mécanisme de défense plus profond qui peut consister en une dramatisation ou à l'extrême un déni (29).

Les attitudes vis-à-vis de la douleur sont acquises pendant l'enfance et dans chaque société les parents montrent à l'enfant la façon dont il doit réagir à la douleur, favorisant certaines formes spécifiques de comportement. C'est pourquoi les études qui comparent les réactions à la douleur montrent peu de différences entre les immigrés de première ou seconde génération (29, 42).

Toutes ces recherches confirment que la perception, la tolérance, l'attitude envers la douleur, les manières de la communiquer et les réponses qu'on lui donne sont influencées par des facteurs culturels. Les médecins devraient être conscients de ces influences dans l'évaluation des patients souffrants. On peut être dérangé par les clichés que ces études véhiculent. En effet, le fameux "syndrome transalpin" à connotation raciste est fortement désagréable et il faudrait voir plutôt dans la richesse et la multiplicité des plaintes de ces patients le reflet de la richesse de leur bagage culturel (peinture, architecture...), ne pas minimiser leur souffrance mais l'intégrer à ce contexte. Certaines de ces enquêtes sont anciennes et l'évolution des mentalités a été rapide ces dernières années (pour reprendre un cliché, le taux de natalité habituellement considéré comme très haut en Italie, y est actuellement extrêmement bas, contrairement à celui de la Suède). Il existe des différences notables dans la manière de procéder de ces investigations, certaines douleurs étant provoquées artificiellement, dans des conditions expérimentales, d'autres auteurs ayant cherché à comparer les patients souffrant de types de douleurs semblables (29, 42).

## *2.5. Douleur et langage*

Chaque groupe a son propre langage de détresse, qu'il soit verbal ou non. Le langage non verbal comprend les gestes, expressions, grimaces, et postures diverses, il est fortement influencé par l'appartenance culturelle.

La manière dont la douleur est décrite dépend de la facilité de langage, de la familiarité avec les termes médicaux, de l'expérience individuelle et des croyances sur les structures et les fonctions du corps (27). Si le vocabulaire utilisé reflète le fond socio-culturel,

à l'intérieur d'une même communauté linguistique, les mots n'ont pas le même sens pour tout le monde (14).

Il vaut la peine d'étudier l'étymologie des termes utilisés dans différentes langues. En sanscrit, le mot "duhkha" signifie "douleur", "mal" (44). Le préfixe "duh" signifie mauvais, mal, "kha" désignant le moyeu (d'une roue). On peut donc traduire le terme "duhkha" par "ce qui ne tourne pas rond" et c'est surtout cet état d'imperfection qui est relevé (44). On retrouve ce mot en latin ("dolor", "doleo"). En français, le terme "mal" vient du latin "malum" qui veut dire "mauvais" et a de nombreuses significations (dommage, préjudice, douleur, blessure).

En Grèce, le terme principal utilisé pour la douleur physique est "algos". Une interprétation plus moderne réfère ce terme à la racine indo-européenne "alg", qui deviendrait "algéo" en grec et qui signifie "je souffre du froid" (45). Un autre terme grec "odynè" exprime également une douleur physique.

Le mot "pain" en anglais est dérivé du grec ("poiné", la taxe) et du latin "poena" (punition, pénalité). Ce terme est donc associé à la pénalisation... et l'équivalent en français est le mot "peine", ce qui implique tant l'aspect physique que moral. Le mot "ache" (headache, stomachache), est issu de l'indo-européen "agh" dont sont issus les termes grec: "anko" (suffoquer, étouffer) et latin "angina" (douleur étouffante) (45). On retrouve également cette racine en germanique : verbe "acan" (ressentir de la douleur). Toujours en anglais, le terme "hurt" vient lui du français (heurter) et implique la notion de coup, de blessure (46). Quant au mot allemand "schmerz", il est également dérivé des langues indo-européennes ("mords"), qui donnera en grec "smerdaléos" (terrible, redoutable), et en latin "mordeo" (du verbe mordre) (45).

Auparavant, le mot douleur avait une signification globale ("grandes douleurs, douleur morale"), puis il s'est petit à petit médicalisé. Actuellement, selon Illitch, ce mot "se réduit à la désignation de cette partie de la souffrance sur laquelle le médecin peut affirmer sa compétence" (12).

Il est intéressant de noter quelques expressions servant à décrire certaines douleurs: douleurs en coups de couteau, lancinantes, fulgurantes, transfixiantes, qui étranglent, qui rongent. Tous ces termes peuvent être expliqués par des processus physiologiques ou être déterminés par des fantasmes du malade à propos des processus supposés se développer en lui (47).

Des recherches se sont intéressées à la manière dont les patients décrivaient leur souffrance. Il semble que le langage utilisé pour parler de la douleur est déterminé principalement par la localisation de celle-ci, et n'est pas dépendant de variables telles que le sexe du patient, son niveau d'éducation ou le type de diagnostic posé (mention de troubles psychologiques notamment) par le médecin (48).

## 2.6. La douleur prétexte

"La douleur, messagère du corps au cerveau pour avertir que quelque chose se passe, mais aussi message du patient à ses proches ou à son médecin pour dire qu'il y a souffrance" (49). Dans le cadre de la médecine psychosomatique, on postule que les difficultés de vivre (souffrance existentielle, problèmes familiaux, professionnels) conduisent à la maladie. Selon Balint, le patient "propose" à son médecin plusieurs affections jusqu'à que les deux parties arrivent à un consensus et se fixent sur une maladie précise et organisée. Les réponses du médecin contribuent à déterminer la forme dernière de la maladie (47). Se plaindre d'un problème originel peut être embarrassant, désagréable, voire impossible, le patient vient donc rarement voir son médecin avec un problème, mais avec une plainte et, selon Balint, la tâche du médecin consiste à découvrir le problème originel dont le patient ne peut pas se plaindre et à la place duquel il a créé une maladie. D'autres établissent un lien entre la douleur et le concept de souffrance. Ils postulent que l'image idéale que nous nous faisons de nous-mêmes ou de notre famille peut être ébranlée par des événements malheureux. La souffrance découle de chaque rupture et dysfonctionnement de notre vie, dans le corps ou dans l'esprit. Si l'on refuse la modification de cette image, on sera en quête incessante d'une réparation impossible. On peut désirer maintenir cette douleur intacte et par là même éviter l'incertitude introduite par l'évènement traumatisant. La douleur en quelque sorte devient "anti-souffrance" (49, 50).

La douleur aiguë entraîne une série de comportements qui aboutissent au retour à l'état antérieur "normal". Lorsque le problème devient chronique, le patient et son entourage maintiennent des comportements liés à la maladie (50). Le symptôme douleur peut être compris comme une fonction utile pour l'économie du patient (18, 50). Il peut permettre d'éviter des conflits, de mettre des limites et d'exercer une forme de pouvoir sur l'autre (50).

Chaque médecin a en mémoire certains cas où il est préférable pour le malade et son thérapeute de garder la douleur et que chercher à tout prix à la faire disparaître crée des problèmes plus grands encore.

Il est intéressant d'imaginer comment le patient "choisit" la localisation de la douleur. Le choix du site peut dépendre d'expériences passées comme des blessures anciennes, des traumatismes antérieurs. Le siège de la douleur peut également renvoyer à un membre de la famille du patient, vivant ou décédé ayant ressenti une algie dans la même région du corps (18).



## 2.7. Aspects particuliers de certaines douleurs

### 2.7.1. Céphalées

#### *Prévalence*

Des études faites au sein de populations (31, 34, 37, 51) montrent que les céphalées sont un des symptômes les plus fréquemment déclarés, venant juste après la fatigue. Selon plusieurs études en pratique ambulatoire (2, 5, 10), les céphalées représentent entre le 7ème et le 10ème motif de consultation, contrôles de routine exclus (formant ainsi environ 1.5 % de l'ensemble des consultations ambulatoires). En Angleterre, une étude sur la pratique des généralistes montre qu'elles sont la douleur la plus fréquemment mentionnée (30 %) (52). Lors de l'enquête auprès des praticiens suisses effectuée en 1981 (10), elles représentaient 3.9 % des motifs de consultations. Les chiffres trouvés aux Etats-Unis sont nettement inférieurs à ceux observés en Suisse, car on n'y a retenu que les céphalées comme motif principal de consultation, de plus l'enquête PNR 8 de 1981 a été effectuée en épidémie de grippe, ce qui peut contribuer au "gonflement" du nombre des maux de tête.

Les céphalées ne débouchent pas souvent sur une visite chez le médecin, c'est un symptôme pour lequel le patient recourt le plus souvent à l'automédication (51, 53).

#### *Caractéristiques des patients*

Que ce soit dans le cadre d'étude de population (51) ou de travaux sur la pratique ambulatoire (2, 3), on observe une prédominance féminine nette, quel que soit l'âge. Les femmes forment les deux tiers de l'ensemble des consultations pour céphalées, et ce pourcentage s'accroît dès l'âge de 45 ans (2, 3).

Cette prédominance féminine est la plus importante en cas de migraine (70-80 %) et moindre dans les céphalées de tension (14, 53, 54).

#### *Diagnostics*

Pour comparer les travaux entre eux, on se heurte à un problème de terminologie, selon que l'on classifie les céphalées d'après leur symptomatologie, ou leur physiopathologie. La distinction entre plusieurs types de céphalées n'est pas toujours aisée, et les critères diffèrent selon les auteurs.

Dans l'étude du NAMCS (2), 31 % des diagnostics restent après investigation des céphalées. Celles-ci comprennent les céphalées de tension (9%), les céphalées secondaires (13%) et les migraines (9 %). On trouve un nombre important d'hypertension (14 %). Suivent les sinusites (7 %), les problèmes oculaires (3 %), et les infections respiratoires hautes (3.5 %).

Dans le cadre de la consultation ambulatoire de la Polyclinique de neurologie du CHUV, 411 patients souffrant de céphalées ont été examinés (54). Les résultats au niveau du diagnostic diffèrent par rapport aux enquêtes sur la pratique ambulatoire, car une majorité de patients avaient été envoyés par leur médecin traitant. La proportion des migraines est beaucoup plus importante (35 %), les céphalées tensionnelles (ou céphalées d'origine psychique (53)) forment 37 % des diagnostics, et les céphalées secondaires (à une lésion sous-jacente) 11 %. La proportion des diagnostics de céphalées "pures" est beaucoup plus élevée, le médecin de premier recours ayant probablement éliminé certaines causes possibles de maux de tête (HTA, sinusites).

Lors de l'analyse portant sur 2350 cas de céphalées vus en consultation spécialisée, 52 % étaient symptomatiques d'une affection psychique, 15 % étaient dus à une migraine et l'hypertension ne formait que le 3 % des diagnostics (55).

### *Aspects psychologiques*

Pour de nombreux auteurs, les céphalées sont souvent dues à des facteurs psychologiques (52, 56, 57). Dans le cadre d'une consultation spécialisée, on pose, dans plus d'un cas sur trois, le diagnostic de céphalée d'origine psychique (54, 55). Les causes psychiques peuvent être incriminées dans plusieurs types de maux de tête dont l'étiologie est différente. Les céphalées vasomotrices peuvent être déclenchées ou renforcées par des facteurs psychologiques. Les céphalées tensionnelles sont expliquées par une contracture réflexe et inconsciente de la musculature nucale provoquée par la tension psychique (53), bien que ce mécanisme soit controversé (56). Cette dernière peut également intervenir lors de migraines, bien que plusieurs autres facteurs déclenchants soient en cause (prédisposition héréditaire, rôle de certains aliments...). Il semble par ailleurs que les patients souffrant de céphalées acceptent plus facilement la reconnaissance de difficultés d'ordre psychologique que ceux présentant des douleurs dans une autre partie du corps (58).

### *2.7.2. Douleurs dorsales*

#### *Prévalence*

Lors des deux enquêtes effectuées en 1978 et en 1981 en Suisse, on relève que 6 % des consultations ambulatoires sont motivées par des douleurs dorsales (motif unique de la consultation ou associé à un ou plusieurs autres). Cela veut dire que les médecins voient 7 cas de dorsalgies par semaine en moyenne (10 à 12 cas pour les généralistes et les internistes) (59). En Suisse, les douleurs dorsales sont parmi les principaux motifs (entre le 2ème et le 4ème) de recours au médecin, contrôles de routine exclus (59). La situation aux Etats-Unis est comparable (3, 60). Dans l'enquête du NAMCS de 1977-78, les dorsalgies représentent 2.8 % des motifs de consultations (3). En Angleterre, ce chiffre est de 2.6 % (61). Une enquête réalisée en France en 1975 relève un taux de 3.4 % de recours au médecin pour sciatique et affections vertébrales basses (62). Les chiffres plus élevés observés dans notre pays sont

probablement dus au fait que l'on a retenu tous les motifs où il était fait (entre autres), mention de douleurs dorsales, contrairement aux autres travaux.

Des études se sont également intéressées à la prévalence de la dorsalgie au sein de la population. Les résultats diffèrent notablement selon qu'on se limite aux lombalgies seules, ou à toutes les douleurs dorsales, à ceux qui souffrent actuellement ou ont souffert, ou si l'on ne retient que les affections chroniques et invalidantes. D'après diverses enquêtes anglo-saxonnes, les dorsalgies touchent plus de 20 % de la population adulte pendant une période plus ou moins longue chaque année, et 80 à 100 % des gens à un moment donné de leur vie (30, 63, 64). Selon les critères de définition retenus et le mode de recrutement des patients, les résultats varient d'un pays à l'autre. On peut estimer que la prévalence des douleurs dorsales et lombaires varie entre 11 à 30 % (30, 34, 65, 66, 67). En Suisse, l'enquête SOMIPOPS (51), datant de 1981, montre qu'environ 30 % de la population adulte a ressenti des douleurs dorsales au cours des quatre dernières semaines. Le taux de recours au médecin lors de l'épisode douloureux est de 28 % en moyenne, ce pourcentage atteignant 47 % chez les personnes qui se sont senties assez ou fortement limitées dans leurs activités habituelles. Ce chiffre est élevé par rapport aux autres pays: les études anglaises (37, 68) montrent un taux de recours au médecin de 2.6 à 10 % lors des épisodes douloureux. On relève une limitation de l'activité dans 5 à 8 % des cas parmi la population active (67).

### *Caractéristiques des patients*

Les lombalgies sont exceptionnelles dans l'enfance, et peu fréquentes chez les personnes âgées (59). Leur prévalence augmente jusqu'à la cinquantaine puis tend à diminuer, la fréquence maximale des douleurs se situant entre 35 et 55 ans (65, 69). Les patients qui consultent principalement pour dorsalgies sont plutôt des hommes appartenant à la classe d'âge de 30 à 45 ans (59). Cependant, les résultats quant à la prédominance d'un sexe sont contradictoires, selon les critères retenus, que l'on s'intéresse aux patients qui consultent ou à ceux qui se plaignent, et enfin selon le lieu où ces enquêtes se déroulent (population ouvrière, études dans les usines). Il semble néanmoins que les hommes soient majoritaires dans les situations où le mal de dos est le principal motif de recours au médecin et se recrutent surtout dans les tranches d'âge 35-50 ans. Les femmes par contre seraient plus nombreuses dans les situations mixtes (plusieurs diagnostics retenus), où les troubles sont d'apparition progressive, avec tendance à la chronicisation, et l'âge moyen serait plus élevé (59, 70, 71).

### *Etiologie et facteurs de risque*

On a longtemps pensé que les travailleurs de force devant soulever et porter de lourdes charges, travaillant en position penchée, ou soumis à des vibrations, sont susceptibles de souffrir du dos (63, 65, 69). Cette opinion n'est pas partagée par tous (72, 73). On parle maintenant des facteurs de risque psychologiques et socio-professionnels, surtout dans le cas où les douleurs deviennent chroniques (74). Ainsi, des troubles psychologiques (anxiété marquée, troubles dépressifs), un niveau intellectuel modeste, un travail monotone, une hyperadaptation au même emploi, constitueraient des facteurs de risque non négligeables

(74). La relation entre le status marital, le niveau d'éducation et la prévalence des douleurs dorsales a également fait l'objet d'études (75). Enfin, plusieurs auteurs ont proposé un modèle basé sur l'existence d'une hyperactivité musculaire du dos. Celle-ci peut être due à un traumatisme, à une agressivité mal gérée ou à une faiblesse congénitale. La contracture musculaire mène à l'ischémie, qui entretient la douleur (76). Des traitements tenant en compte cette hypothèse ont été proposés (77).

### *Diagnostics*

Les diagnostics associés à des douleurs du dos sont plus une tentative de description du symptôme qu'un diagnostic étiologique précis (63, 77). Lors de l'étude PNR 8, le diagnostic n'était pas spécifié dans la moitié des cas mais restait symptomatique (lumbago, lombalgie, syndrome vertébral). Ceci confirme des résultats obtenus en Angleterre (64). Au niveau des diagnostics retenus, quatre cinquièmes concernent un problème vertébral, le dernier cinquième évoquant des troubles rhumatismaux non exclusivement vertébraux (59).

### *Aspects psychologiques*

On mentionne souvent la prévalence anormalement élevée chez les lombalgiques de troubles anxieux, dépressifs, avant ou pendant la maladie physique (67, 78, 79, 80, 81). Plusieurs auteurs considèrent la lombalgie chronique comme un équivalent masqué de la dépression (80, 82). Les douleurs dorsales sont décrites comme plus sévères et plus diffuses par les patients souffrant de troubles psychologiques (83). A la consultation psychiatrique de la Polyclinique Médicale Universitaire de Lausanne, on recense des lombalgies chez 28 % des patients, 41 % d'entre eux étant âgés de moins de 40 ans, avec une nette prépondérance masculine. Si dans plus de la moitié des cas il ne s'agissait que de lésions bénignes, les troubles eux étaient graves et invalidants (84). Ceci montre l'importance des lombalgies comme possible manifestation psychosomatique. E.Gilliéron définit trois grandes catégories de troubles associés aux lombalgies: les réactions psychologiques à une atteinte organique, les syndromes de conversion et les lombalgies fonctionnelles. Les réactions psychologiques à une lésion organique touchent essentiellement la composante narcissique de l'individu, qui se sent blessé dans son sentiment de valeur (par exemple un travailleur manuel ayant fortement investi sa force physique); contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, le pronostic est réservé et l'invalidité n'est pas rare. Les lombalgies fonctionnelles traduiraient des troubles relationnels, et grâce à elles le patient peut éviter un conflit avec l'entourage en le déplaçant dans sa relation avec son médecin. Cette situation serait la plus fréquente. Les syndromes de conversion (beaucoup plus rares) sont caractérisés par le fait que le corps devient langage et exprime un conflit interne.

A l'aide d'évaluations de tests de personnalité, the Minnesota Multiphasic Personality Inventory par exemple, d'exams cliniques (85), d'analyses du vocabulaire que les patients utilisent pour décrire leur douleur (86), on a longtemps cherché à différencier les patients souffrant de troubles organiques de ceux dits fonctionnels. On se rend compte maintenant qu'il est très difficile de faire cette distinction, car il n'y a pas coïncidence évidente entre la présence de signes "objectifs" radiologiques et l'existence de douleurs (66, 69, 87).

Actuellement, on ne cherche plus guère à séparer ces deux catégories, mais à prendre en compte tous les aspects psychologiques mentionnés (79). La lombalgie serait alors vue comme "un problème psychophysiologique provenant de l'interaction de facteurs physiques, psychologiques et sociaux" (76).

### *2.7.3. Douleurs abdominales*

#### *Prévalence*

Lors de l'enquête PNR 8 sur la pratique ambulatoire de 1981 dans les cantons de Vaud et Fribourg, les douleurs abdominales représentaient 3.4 % des motifs de consultation (10). Le rapport du NAMCS de 1985 indique que ces douleurs représentent le 8ème motif de consultation, contrôles de routine exclus. Elles forment le 1.4 % de l'ensemble des consultations, soit deux fois moins que les douleurs du dos (5).

#### *Caractéristiques des patients*

Aux Etats-Unis, une étude rétrospective a été conduite dans trois sites de pratique familiale auprès de 556 patients âgés de plus de 18 ans se plaignant de douleurs abdominales (88). Ses résultats montrent une nette prédominance féminine (69 %), et ceci dans toutes les classes d'âge (problèmes gynécologiques exclus). Cette constatation rejoint les conclusions d'autres recherches (89, 90). La majorité des femmes se situent dans la classe d'âge 32-40 ans, la moyenne des hommes étant plus élevée. Les hommes se plaignent plus fréquemment de douleurs abdominales hautes et périombilicales, et les douleurs abdominales basses sont plus fréquemment évoquées par les femmes. Il est intéressant de noter que 78 % des patients sont vus pour la première fois.

#### *Diagnostics*

Dans l'étude américaine, le médecin pose le diagnostic de douleur abdominale d'étiologie indéterminée chez 50 % des patients (48, 88). Ceci rejoint un travail portant sur les douleurs abdominales vues dans les services d'urgence, où on ne trouvait pas de maladie documentée dans 40 % des cas (91). On posait le diagnostic de gastroentérite aiguë chez 9 % des patients, d'infection du tractus urinaire chez 7 %, et de côlon irritable chez 6 %. Il semble donc que, dans un large pourcentage de patients consultant pour douleur abdominale, on ne trouve pas de cause identifiable à leur plainte. Chez ces patients, on peut aussi penser qu'il existe des troubles fonctionnels dans une bonne partie des cas. Paradoxalement, le registre de la douleur abdominale paraît limité et passe rarement à une forme chronique, contrairement aux dorsalgies. En effet, la maladie se résout habituellement en 4 à 6 mois (89, 92) et le fort pourcentage de consultation en première instance mentionné le confirme. Dans le cas de douleurs devenant chroniques, l'étiologie psychogène est souvent retenue (89, 93). Si l'automédication est relativement courante, elle est deux fois moindre que dans les cas de céphalées (51, 90).

### 3. METHODE

#### *3.1. Déroulement de l'enquête*

L'étude sur la pratique médicale ambulatoire (PMA) s'est déroulée durant les mois de février et mars 1987 dans les cantons de Vaud et Fribourg. Une étude similaire avait eu lieu en 1981 (dans le cadre du Programme national de recherche no 8), apportant des enseignements utiles sur l'activité médicale dans ces cantons. Ces deux enquêtes ont utilisé des fiches de relevé des consultations adaptées du NAMCS (National ambulatory medical care survey).

#### *3.2. Objet de l'étude*

Ce qui est étudié est la consultation, c'est-à-dire le contact entre un patient et un médecin, et non le patient à proprement parler.

L'enquête s'adressait à trois groupes de consultations ambulatoires. Celles d'un échantillon représentatif des médecins installés, défini par tirage au sort au sein de sept disciplines (ECHANTILLON). Celles des médecins ayant participé à l'étude de 1981 (COHORTE) (quelques praticiens font à la fois partie de l'échantillon et de la cohorte). 155 praticiens composent la cohorte, 191 l'échantillon, alors que 33 appartiennent aux deux groupes. Le troisième groupe de consultations étudié est composé de l'ensemble des services ambulatoires des hôpitaux.

#### *3.3. Description de l'échantillon*

Les médecins sont répartis selon leur discipline médicale comprenant les généralistes avec ou sans FMH, les internistes, les pédiatres, les gynécologues-obstétriciens, les chirurgiens, les psychiatres et les "autres spécialistes". Suivant leur lieu de pratique, ils sont répartis en différentes régions (1. Lausanne et environs (zone sanitaire I), 2. Morges, Nyon, Vevey, Montreux (zone sanitaire II,III et IV), 3. autres zones sanitaires vaudoises, 4. District de la Sarine, 5. autres districts fribourgeois).

### *3.4. Taux de participation*

Pour l'échantillon, ce sont 191 médecins sur les 273 éligibles qui ont participé. Le taux de participation est donc de 70 %. Pour le canton de Vaud, l'échantillon représente 16 % de l'ensemble des médecins installés, pour le canton de Fribourg 17 %.

Le taux de participation des médecins de la cohorte est de 90 %. Au total, 313 médecins installés ont participé à l'enquête, soit 77 % de l'ensemble des praticiens (cohorte et échantillon) qui ont été sollicités.

Tous les secteurs ambulatoires des hôpitaux ont été priés de participer, à l'exception des services de psychiatrie ambulatoire, des instituts radiologiques, des laboratoires, et des cliniques et permanences privées. Quasiment tous les services externes des hôpitaux ont participé.

Cette enquête a permis de recueillir plus de 22000 fiches de consultation (6000 auprès des médecins de la cohorte, 7500 chez les médecins de l'échantillon et 10500 dans les hôpitaux).

### *3.5. Récoltes d'information*

#### *3.5.1. Instrument de recueil d'information*

L'instrument servant à l'enquête est une fiche divisée en trois parties. La première s'intéresse aux caractéristiques du patient (âge, sexe, commune de domicile), la seconde à la forme de la consultation (urgence, patient connu..) et aux prestations médico-techniques administrées. La troisième partie comprend les motifs de la consultation ainsi que les diagnostics posés par le médecin (voir annexe A). Le médecin remplissait la fiche en indiquant une croix pour la plupart des rubriques; seuls les motifs de consultation et les diagnostics étaient écrits en texte clair.

#### *3.5.2. Mode de récolte des données*

Les médecins praticiens sollicités ont rempli des fiches sur le septième de leurs consultations pendant trois semaines. La saisie dans les hôpitaux a duré deux semaines et toutes les consultations pendant cette période ont été enregistrées.

### *3.6. Analyse des diagnostics*

En vue du codage des diagnostics, 36 % d'entre eux ont dû être corrigés manuellement. Une procédure de codage automatique a été mise en oeuvre. 40 % des fiches ont pu être codées automatiquement à partir du THESAM, les fiches restantes ayant dû l'être

à partir du thésaurus créé à l'Institut. Cela a représenté un travail considérable, effectué par différentes personnes qui n'avaient pas forcément des critères de décision identiques, ce qui peut être source d'imprécision.

Les diagnostics relevés ont été codés selon la classification de l'ICHPPC2 (International classification of health problems in primary care). Il s'agit d'une adaptation à la médecine ambulatoire de la classification internationale des maladies (CIM). Elle comprend 378 catégories réparties en 18 chapitres (voir annexe B).

Cette classification est très précise pour tout ce qui concerne la traumatologie. Par exemple, les contusions du pied et de la cheville sont codées séparément. A l'inverse, pour la pathologie rhumatismale, la classification ne se base que sur la causalité de l'affection (arthrose, bursite), sans tenir compte de la localisation de l'articulation touchée. C'est en partie pour cette raison que, pour mieux analyser les diagnostics posés lors des consultations motivées par une douleur, il a été nécessaire de diviser au préalable ces douleurs selon leur topographie. Si la raison de la visite est un traumatisme, le diagnostic codé selon la classification de l'ICHPPC2 indiquera par exemple une contusion de l'orteil, le patient avait donc mal au pied. Par contre, pour un problème de nature rhumatologique, cette classification n'indiquera qu'une arthrose, et l'information sur la localisation de la douleur (arthrose du genou, du coude) est donc perdue, à moins qu'on ait d'abord subdivisé les groupes de douleurs selon leur topographie. Ce qui permet de savoir d'abord où les gens ont mal, et de déduire ensuite le pourquoi de cette douleur, c'est-à-dire le diagnostic retenu par le médecin.

### *3.7. Motifs de consultation*

#### *3.7.1. Problèmes de codification*

Les motifs de consultation étaient en principe libellés en langage courant (est tombé, a mal au pied,...). Ces motifs étaient très hétérogènes et leur classification aurait été extrêmement difficile. Ils n'ont donc pas été codés, bien qu'il existe une classification permettant de le faire (reason for visit classification). Mais elle n'existe qu'en anglais, et il n'y a pas de thésaurus français des motifs. Seule une codification manuelle aurait été envisageable, avec tous les problèmes d'homogénéité que cela pose.

#### *3.7.2. Sélection des consultations motivées par une douleur*

Dans ce travail, seules les consultations motivées par une douleur nous intéressaient. Nous avons donc sélectionné plusieurs termes et synonymes permettant de les relever (voir annexe C). A l'aide d'un logiciel d'analyse de chaîne de caractères permettant d'extraire toutes les fiches comprenant une suite de lettres exprimant une douleur, 6937 fiches ont été sélectionnées.



### 3.7.3. Répartition des douleurs selon leur topographie

Analyser toutes ces fiches globalement, en un seul groupe n'aurait pas eu de sens car ces diverses algies correspondent à des problèmes très différents. Ainsi, tous les motifs de consultation exprimant une douleur ont été répartis en sept catégories. Le regroupement de celles-ci selon leur topographie a l'avantage de se placer du point de vue du patient, qui a mal au ventre ou à la jambe, même si pour le médecin il s'agit de dysfonctionnement du système digestif, ou d'un trouble métabolique (goutte, par exemple).

Cette répartition selon la localisation permet en outre de sauvegarder de l'information, vu les problèmes de classification des diagnostics évoqués précédemment. En recensant dans les motifs de consultation tous les synonymes exprimant une douleur du dos, par exemple, on obtiendra un chiffre (des patients consultant pour ce problème) plus proche de la réalité qu'en relevant tous les diagnostics de dorsalgies avec ou sans irradiation posés par les médecins. A l'aide d'un programme de sélection des fiches par "mot-clef" (voir annexe C), ces motifs ont été répartis en 7 catégories. Ainsi, pour chaque localisation, des mots, des termes, des expressions, suffixes, préfixes, ont été retenus, puis recherchés dans la base de données. Les douleurs ont été réparties de la manière suivante :

---

Douleurs de la tête et du cou	1467 fiches
Dorsalgies et nuchalgies	1044 fiches
Douleurs des membres supérieurs	987 fiches
Douleurs des membres inférieurs	1485 fiches
Douleurs thoraciques	408 fiches
Douleurs abdominales et de l'appareil digestif	968 fiches
Douleurs uro-génitales	192 fiches

---

Sont également comprises, avec les douleurs des membres, les douleurs des ceintures correspondantes (bras et épaules, jambes et bassin). Ce regroupement selon la topographie se heurte cependant à trois difficultés. D'abord, si le patient mentionne deux types de douleurs, elles seront analysées dans chaque catégorie (en fait dans 3.5 % des cas seulement). Ensuite, des fiches peuvent se perdre lors de cette répartition (fautes d'orthographe faisant que l'ordinateur ne reconnaît pas la fiche). Enfin, ces délimitations sont parfois floues et des problèmes de "frontières" se posent. Les douleurs abdominales basses, qui relèvent peut-être

d'une pathologie génito-urinaire, sont classées dans les douleurs abdominales. De même, les maux de gorge sont classés dans le groupe "tête et cou", et les douleurs à la déglutition dans la sphère abdominale.

155 fiches mentionnaient des douleurs généralisées et n'ont pas été étudiées. Pour la suite de l'analyse, seules les fiches de l'échantillon et des services ambulatoires des hôpitaux sont prises en compte. Les résultats sont pondérés puis exprimés en pourcentage. Sur les tableaux figure le nombre réel des consultations observées (n). La différence entre la somme des consultations de l'échantillon et des services ambulatoires d'une part et le nombre total des cas observés d'autre part, représente les consultations de la cohorte.

### *3.7.4. Analyse des motifs de consultation*

Pour chaque catégorie, on étudiera les caractéristiques des patients (âge, sexe), des spécialistes médicaux consultés, de la consultation et des prestations médico-techniques administrées. Les diagnostics retenus par le médecin seront examinés. Lors de l'analyse des diagnostics, on s'intéressera surtout aux grandes classes des maladies, car un diagnostic précis donné ne représente qu'un faible pourcentage du tout et reste difficile à interpréter.

Pour un ou deux motifs de consultation, le médecin pouvait retenir trois diagnostics et même parfois plus. Dans l'impossibilité (à moins de lire "artisanalement" chaque fiche) de savoir quel diagnostic faisait référence à quel motif, tous les diagnostics ont été analysés. Il existe donc plus de diagnostics que de fiches sélectionnées, (ainsi un diagnostic fréquent comme l'hypertension reviendra obligatoirement souvent dans les résultats).

L'association du motif de consultation avec un ou plusieurs diagnostics se fait donc sans pouvoir juger de leur relation réelle ( l'instrument utilisé ne le permet pas ). Par exemple, une fiche comprenant deux motifs de consultation comme un contrôle post-infarctus et une douleur de la cheville peut contenir le diagnostic d'infarctus. Si une relation entre le premier motif et le diagnostic retenu existe, cette relation est nulle pour ce qui est du deuxième motif. Il en est de même pour le déroulement de la consultation (un ECG sera en relation avec le premier motif de consultation, mais pas avec la douleur de la cheville).

Il peut également exister un petit biais si le praticien mentionne souvent trois diagnostics, la fréquence relative de certaines maladies peut être artificiellement diminuée (puisque le nombre total de diagnostics est plus grand, certaines catégories de maladies sont en quelque sorte "diluées"). Ceci explique également la mention, dans chaque catégorie de douleurs, des maladies cardio-vasculaires chez les personnes âgées, qui sont certainement souvent indiquées comme deuxième diagnostic. Dans les consultations ambulatoires des hôpitaux, où le nombre moyen des diagnostics est inférieur à ceux retrouvés dans l'échantillon, les grandes catégories de maladies sont plus "tranchées" (haut pourcentage de certaines classes diagnostiques comme la traumatologie et la rhumatologie, les autres comme les maladies cardio-vasculaires, étant minoritaires).

### 3.8. *Technique d'analyse - Pondération*

Pour comparer entre elles les données reçues des médecins praticiens et celles des services des hôpitaux, le nombre de consultations observées est ramené à une même unité (ensemble des consultations sur une semaine). A chaque fiche a été attribué un "poids" afin que l'ensemble des consultations relevées soient représentatives de l'activité ambulatoire des deux cantons. Tous les résultats concernant les consultations sont présentés après cette pondération. Les données relevées auprès des médecins de l'échantillon ont été pondérées selon la spécialité, la région de pratique, et le nombre moyen de consultations par spécialité.

### 3.9. *Limites de ce type d'enquête*

Cette étude s'est déroulée pendant deux mois d'hiver, ce qui ne donne pas un reflet exact de la pratique médicale sur une année, certaines pathologies saisonnières pouvant être privilégiées.

Au niveau du relevé des consultations, un biais de sélection peut exister, l'enregistrement des consultations téléphoniques ou des visites à domicile ayant pu être oublié plus facilement que celui des contacts au cabinet.

Les données de chaque fiche de relevé ont été introduites manuellement sur ordinateur, avec possibilité d'erreur, car ces tâches étaient effectuées par des personnes sans formation médicale (risque d'inexactitude, surtout pour la transcription du diagnostic ou du motif de la consultation).

Le motif de la consultation noté par le médecin devait être celui exprimé par le patient, ce qu'il est difficile de contrôler. Or, dans certains cas, il s'agit déjà d'une ébauche de diagnostic, qui est ensuite répétée à la rubrique du diagnostic.

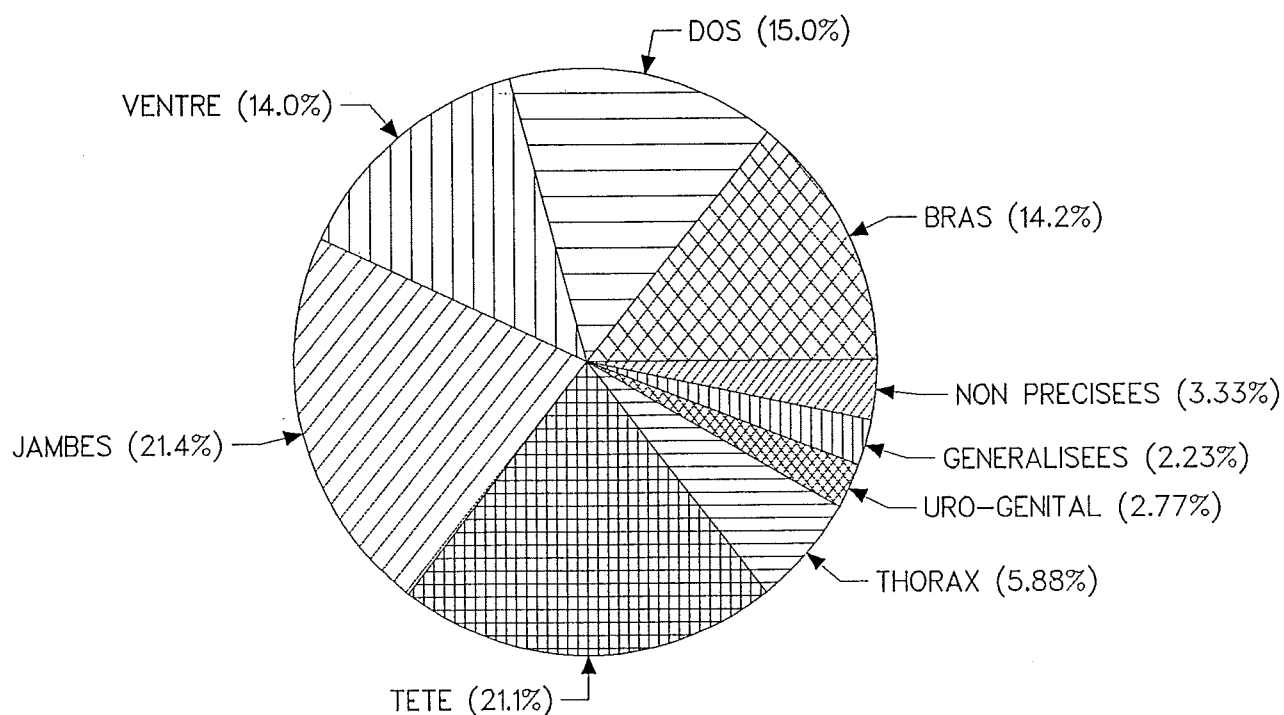
Toutes les fautes d'orthographe des motifs n'ont pas pu être corrigées, ce qui est une source d'erreur lors de la recherche par mots-clefs. Pour regrouper le mieux possible les douleurs selon leur localisation, on a tenu compte des fautes d'orthographe le plus fréquemment rencontrées et on a donné plusieurs orthographes du même mot (iliaque, illiaque, nucalgie, nuqualgie...). Malgré cela, 6.5 % des fiches ont été perdues lors de la classification des douleurs selon leur localisation : il s'agissait soit de fiches dont l'orthographe était inexacte, soit de douleurs sans précision.

## 4. RESULTATS

### 4.1. Préambule

Toutes les fiches de relevé dont le motif de consultation mentionnait une douleur ont été sélectionnées à l'aide d'un programme de "mots-clefs" (voir annexe C). Sur un total de 22686 fiches, 6937 ont été ainsi retenues, ce qui représente 31 % de l'ensemble des consultations. La répartition des douleurs selon leur topographie est représentée à la figure 1.

Figure 1 : Répartition des douleurs par topographie



Avant de nous intéresser à chaque catégorie, comparons les caractéristiques des consultations pour une douleur chez les praticiens d'une part, et dans les services ambulatoires des hôpitaux d'autre part.

Chez le médecin installé, les personnes se plaignant de douleurs sont plus âgées. On trouve 3 % de petits enfants (0-4 ans), 7 % d'enfants de 5 à 14 ans. Les jeunes adultes entre 15 et 39 ans forment le 31 % de l'ensemble des consultants, et 34 % appartiennent à la classe d'âge des 40 à 64 ans. Enfin, les personnes de plus de 65 ans composent le quart de l'ensemble des patients. Les femmes représentent le 60 % des consultants. En observant les diagnostics posés chez les praticiens, on remarque que les plaintes sont très diverses et reflètent une pathologie vaste. La pathologie la plus fréquemment rencontrée est rhumatismale pour 28 % de l'ensemble des diagnostics. A l'intérieur de cette catégorie, la répartition des différentes classes d'âge est le reflet de l'ensemble des consultations chez le praticien, excepté les enfants. On trouve 30 % de jeunes adultes (15-39 ans) qui souffrent d'une pathologie rhumatismale. Les douleurs dues à des traumatismes forment le 9 % de l'ensemble des diagnostics posés.

Dans les consultations ambulatoires des hôpitaux, les patients sont plus jeunes. Les petits enfants forment le 3 % des consultants, ceux entre 5 et 14 ans le 13 %. La classe d'âge la plus représentée est celle des jeunes adultes de 15 à 39 ans (45 %). On trouve 29 % de personnes de 40 à 64 ans. Enfin, dans une consultation sur dix, on rencontre des gens âgés de plus de 65 ans.

On trouve une majorité d'hommes (55 %) dans les consultations pour douleur des services ambulatoires des hôpitaux. La pathologie la plus représentée est la traumatologie (38 %). Les douleurs causées par une pathologie rhumatismale forment un quart des diagnostics posés. Ainsi, dans les hôpitaux, les douleurs de l'appareil locomoteur représentent le 63 % des consultations.

## ***4.2. Douleurs de la tête et du cou***

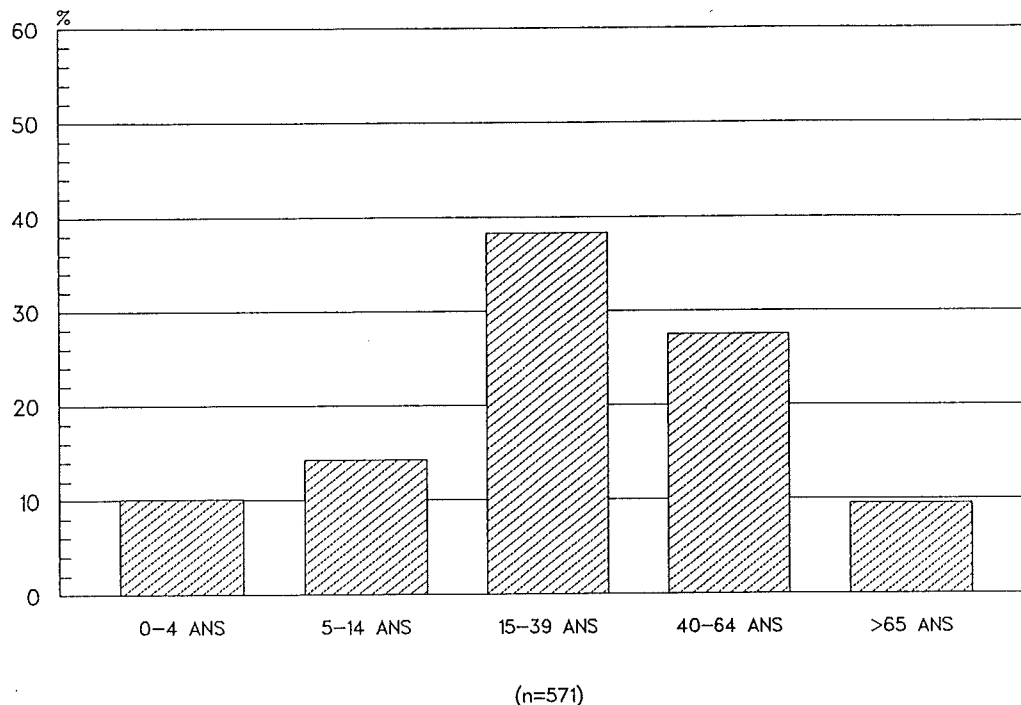
### ***4.2.1. Au niveau de l'échantillon***

#### ***Caractéristiques des patients***

On trouve une majorité de femmes (60 %) parmi ceux qui consultent pour des douleurs de la tête et du cou.

La répartition par classes d'âge (Figure 2) montre qu'un quart des patients sont âgés de moins de 15 ans et que le groupe le plus important est représenté par les jeunes adultes (38 %). Il y a peu de personnes de plus de 65 ans (moins d'un dixième des consultations) qui consultent pour "mal à la tête ou au cou".

Figure 2 : Douleurs de la tête et du cou (échantillon)  
Répartition par classes d'âge



La distribution des sexes pour chaque classe d'âge montre chez le petit enfant une discrète prépondérance masculine (54 %). Chez les enfants de 5-14 ans le rapport homme/femme est proche de un, et dans le groupe des 15-39 ans les femmes deviennent majoritaires (58 %). L'écart se creuse nettement entre 40 et 64 ans, où l'on trouve trois fois plus de femmes. Chez les personnes âgées, la proportion d'hommes et de femmes est à nouveau équivalente.

#### *Caractéristiques de la consultation*

46 % des patients considèrent que la consultation est urgente, et 30 % des praticiens sont de cet avis.

Plus de la moitié (54 %) des malades sont examinés par des médecins généralistes, avec ou sans FMH, 17 % sont vus par des internistes, alors que les pédiatres reçoivent 12 % des consultations pour "mal à la tête" ou "mal au cou".

Plus de 85 % des patients sont connus de leur médecin. Pour la moitié de l'ensemble du collectif, s'ils sont connus du praticien, c'est la première consultation pour le problème présent. Le cinquième des visites médicales sont motivées par une suite de traitement. Le

Le problème est chronique pour 15 % des patients. Pour 11 % seulement, c'est le premier contact avec le médecin.

On relève la prescription de médicaments dans 4 consultations sur 5 (78 %).

### *Diagnostics*

Lors de l'analyse des douleurs de la tête et du cou, on se heurte tout d'abord aux difficultés de la classification internationale des maladies. Toutes les otites sont classées dans les maladies du système nerveux et des organes des sens, aux côtés des pathologies intracrâniennes, des migraines et des affections oculaires, alors que la sinusite est située dans les maladies de l'appareil respiratoire avec les angines, les pharyngites, la grippe et l'ensemble de la pathologie pulmonaire.

Le tiers des diagnostics concerne les maladies respiratoires. En particulier on note 8 % de sinusites, 6 % d'angines, 5 % de gripes, 3 % de bronchites, le reste constituant des infections aiguës de siège non précisé.

17 % sont en rapport avec des maladies du système nerveux et des organes des sens. A l'intérieur de ce groupe, on trouve 7 % d'otites (otite moyenne aiguë, externe), 3 % de migraines.

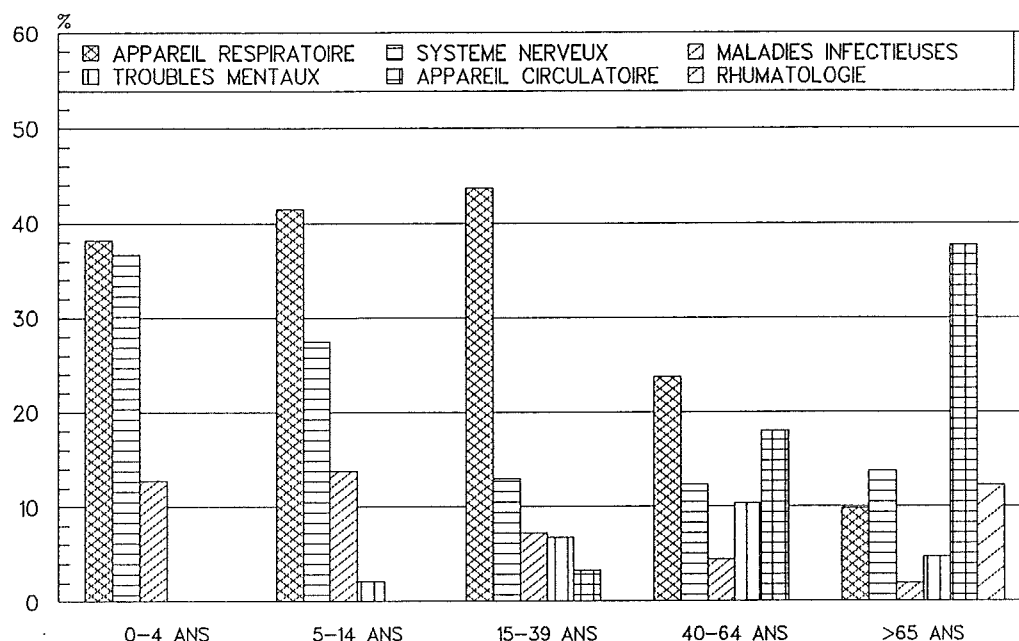
Les céphalées sans précision ne forment que le 2 % de l'ensemble des diagnostics posés.

Enfin, on trouve 11 % de maladies de l'appareil circulatoire (dont 7 % d'hypertension), puis 7 % de maladies infectieuses et le même pourcentage de troubles mentaux.

Il n'y a pas de différences dans la répartition des diagnostics posés selon le sexe, à l'exception des troubles mentaux plus fréquemment évoqués chez les femmes.

En examinant les diagnostics posés selon les classes d'âge (Figure 3), on voit que, chez les petits enfants, plus du tiers est constitué des maladies respiratoires, avec la même proportion d'affections du système nerveux et des organes des sens. 13 % des diagnostics appartiennent aux maladies infectieuses. On peut en conclure que la grande majorité des diagnostics posés à cet âge relève d'une pathologie infectieuse (voies supérieures hautes, otites, et autres).

Figure 3 : Douleurs de la tête et du cou (échantillon)  
Répartition des diagnostics par classes d'âge



Les répartitions sont similaires chez les plus grands (5-14 ans). Chez les jeunes adultes, la fréquence des maladies du système nerveux diminue de moitié (diminution de la fréquence des otites), alors que les troubles mentaux sont diagnostiqués plus souvent. Dès 40 ans, la répartition change avec l'apparition de diagnostics qui appartiennent aux maladies cardio-vasculaires (18 %). Les problèmes psychiques sont évoqués une fois sur dix. Chez les personnes âgées de plus de 65 ans qui consultent leur médecin pour céphalées, il n'est pas étonnant que plus du tiers des diagnostics posés concernent les maladies cardio-vasculaires, le reste étant formé des maladies du système nerveux (14 %) et des maladies rhumatologiques (12 %). A cet âge, les affections des voies respiratoires ne représentent plus que le dixième des diagnostics posés.

#### 4.2.2. Au niveau des hôpitaux

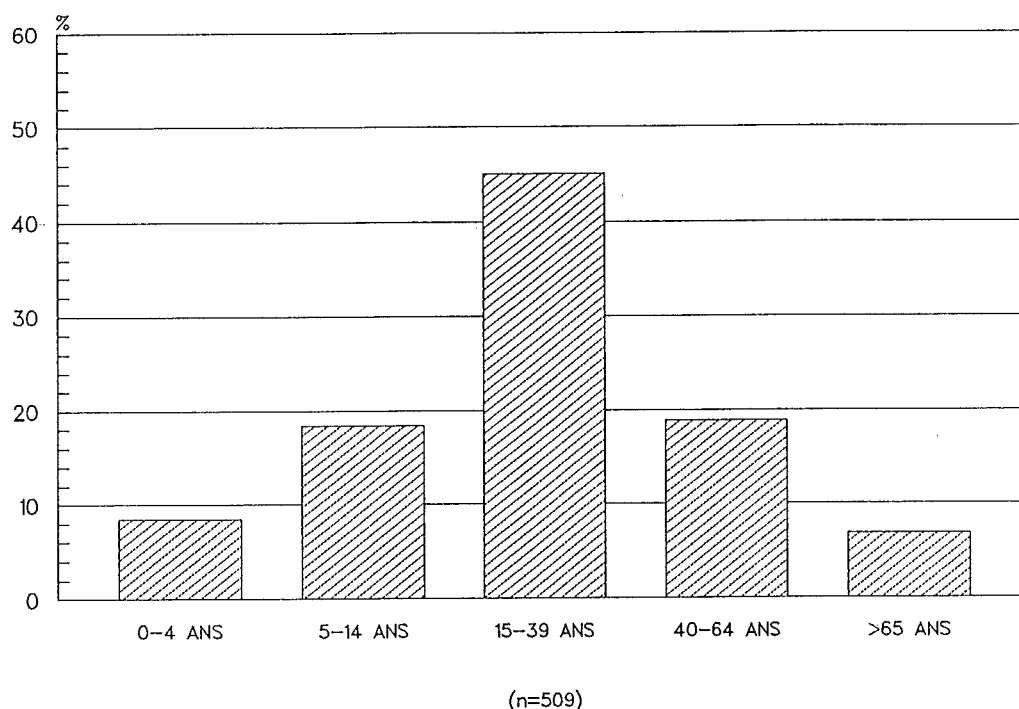
##### *Caractéristiques des patients*

Chez les patients consultant pour des douleurs de la tête et du cou, on trouve une majorité d'hommes (57 %). La répartition selon les classes d'âge (Figure 4) montre une répartition similaire à celle de l'échantillon pour les enfants de moins de 15 ans. Par contre,



on trouve une proportion plus élevée de jeunes adultes (15-39 ans) dans les hôpitaux, à l'inverse des personnes de plus de 40 ans.

**Figure 4 : Douleurs de la tête et du cou (services ambulatoires)**  
**Répartition par classes d'âge**



Lorsqu'on examine de plus près le sex-ratio par tranches d'âge, on retrouve la discrète prédominance masculine (58 %) chez le petit enfant; de 5 à 14 ans, la répartition entre les sexes est équivalente. Chez les jeunes adultes, l'écart homme/femme devient net (62 % d'hommes). C'est dans cette classe d'âge que l'on trouve 45 % de l'ensemble des hommes consultant pour "mal à la tête". Dès 40 ans, on ne trouve pas de grandes différences entre les sexes et, chez les personnes de plus de 65 ans, ce sont les femmes qui sont les plus nombreuses.

#### *Caractéristiques de la consultation*

La majorité des consultants estiment que la consultation est urgente (56 %), et c'est l'avis que partagent 42 % des médecins.

Pour la moitié des patients (49 %), c'est la première visite dans le service. Le quart d'entre eux (23 %) sont connus, mais c'est un problème nouveau qui motive la consultation.

16 % des malades viennent pour une suite de traitement, et pour moins d'un dixième, c'est une pathologie chronique (9 %) qui nécessite la visite médicale.

D'après le relevé des fiches, 40 % seulement des patients ont reçu une prescription médicamenteuse.

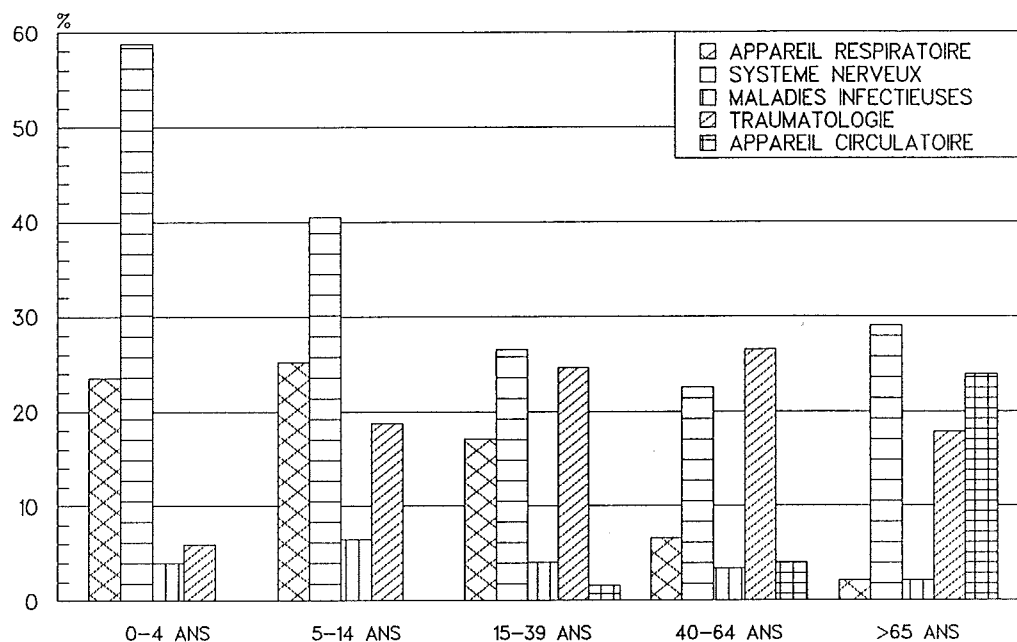
### *Diagnostics*

La répartition des diagnostics est assez différente de celle observée chez la population de consultants de l'échantillon. Un tiers (31 %) des diagnostics se compose de maladies du système nerveux (dont la moitié d'otites, 3 % de migraines). On trouve 4 % de céphalées sans précision. 21 % est formé de lésions traumatiques (commotions, plaies, contusions). Les maladies de l'appareil respiratoire ne forment que le 16 % de l'ensemble des diagnostics (dont 5 % de sinusites, 3 % d'angines) et les maladies infectieuses 5 %. Quant aux atteintes de l'appareil circulatoire, elles ne représentent que 3 % des diagnostics posés (2 % d'HTA), soit trois fois moins que dans l'échantillon. De même les troubles mentaux sont faiblement représentés (deux fois moins souvent que dans les contacts de l'échantillon).

En examinant la distribution des diagnostics posés à l'occasion d'une visite pour "mal à la tête", il n'y a pas de différences majeures entre les sexes, à l'exception des lésions traumatiques, 1.5 fois plus fréquentes chez les hommes.

La répartition des diagnostics par classes d'âge (Figure 5) montre que, chez le petit enfant et jusqu'à 15 ans, la grande majorité de la pathologie concerne les infections des voies aériennes supérieures et les otites. Dès 15 ans, le pourcentage des lésions traumatiques augmente, reste élevé dans la classe des 40-64 ans, alors que chez ces derniers les maladies cardio-vasculaires ne représentent que le 4 % des diagnostics. La recrudescence des maladies du système nerveux chez les gens plus âgés n'est certainement pas due aux affections de l'oreille moyenne, mais à la pathologie intracrânienne. A cet âge la mention des maladies de l'appareil circulatoire se fait une fois sur quatre, mais comme ce groupe ne forme que le 7 % des consultants, cela explique la moyenne étonnamment basse de ces affections lorsqu'on examine l'ensemble des diagnostics posés dans les services ambulatoires des hôpitaux.

Figure 5 : Douleurs de la tête et du cou (services ambulatoires)  
Répartition des diagnostics par classes d'âge



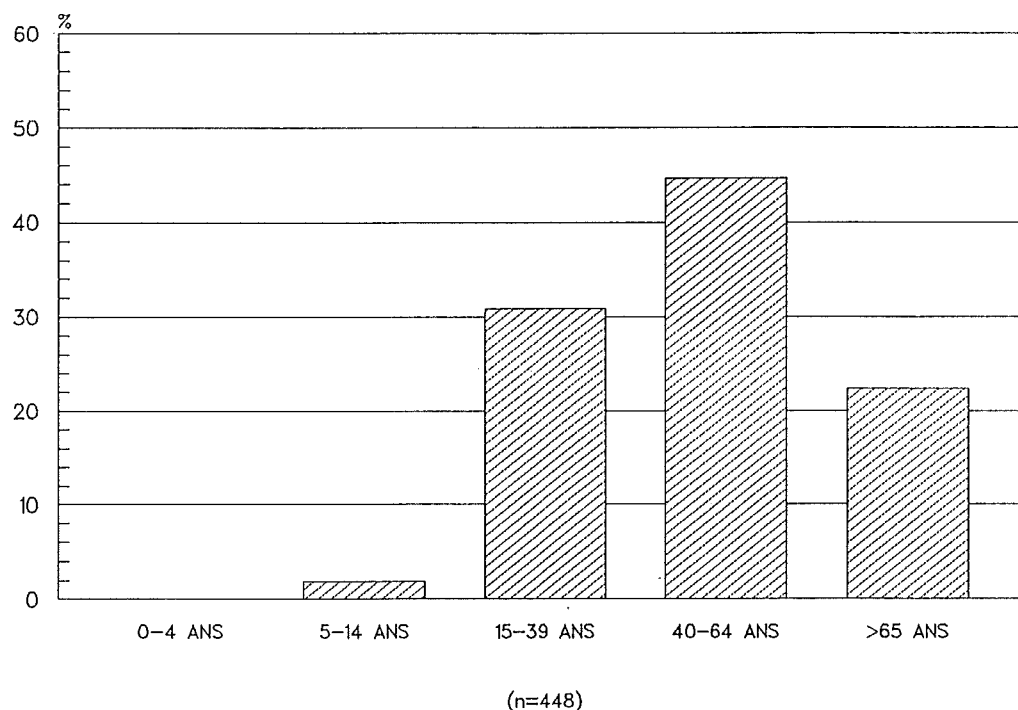
### 4.3. Dorsalgies

#### 4.3.1. Au niveau de l'échantillon

##### *Caractéristiques des patients*

On trouve chez ceux consultant leur praticien pour des douleurs dorsales une majorité de femmes (59 %). La répartition des consultants selon l'âge (Figure 6) montre que les douleurs au dos sont pratiquement inexistantes chez l'enfant et que les trois quarts des patients se situent chez les jeunes adultes (31 %) et surtout les personnes de 40 à 64 ans (45 %).

Figure 6 : Dorsalgies (échantillon)  
Répartition par classes d'âge



En analysant de plus près ces données, on réalise que les femmes sont surtout majoritaires dans les classes d'âge de 40-64 ans et au-delà (70 % des consultations, comparativement 62 % pour les hommes). Les hommes consultant pour dorsalgies sont plus jeunes (84 % d'entre eux dans les classes d'âge de 15-39 ans et 40-64 ans, respectivement 69 % chez leurs compagnes). Dès 65 ans, le rapport homme/femme est de 1/3.

#### *Caractéristiques de la consultation*

La minorité des patients consultant pour dorsalgies considèrent que la consultation est urgente (22 %) et 15 % des médecins considèrent cette visite comme urgente eux aussi.

Les trois quarts des malades sont vus par des praticiens sans FMH, des généralistes et des internistes. Les chirurgiens ne voient que 13 % d'entre eux.

La grande majorité des patients (89 %) sont connus de leur médecin. On note une forte proportion de problèmes chroniques (un tiers), et également un tiers (30 %) des visites pour une suite de traitement. Pour un quart des malades, connus de leur médecin, le problème est nouveau.

Les deux tiers des consultations aboutissent à une prescription médicamenteuse.

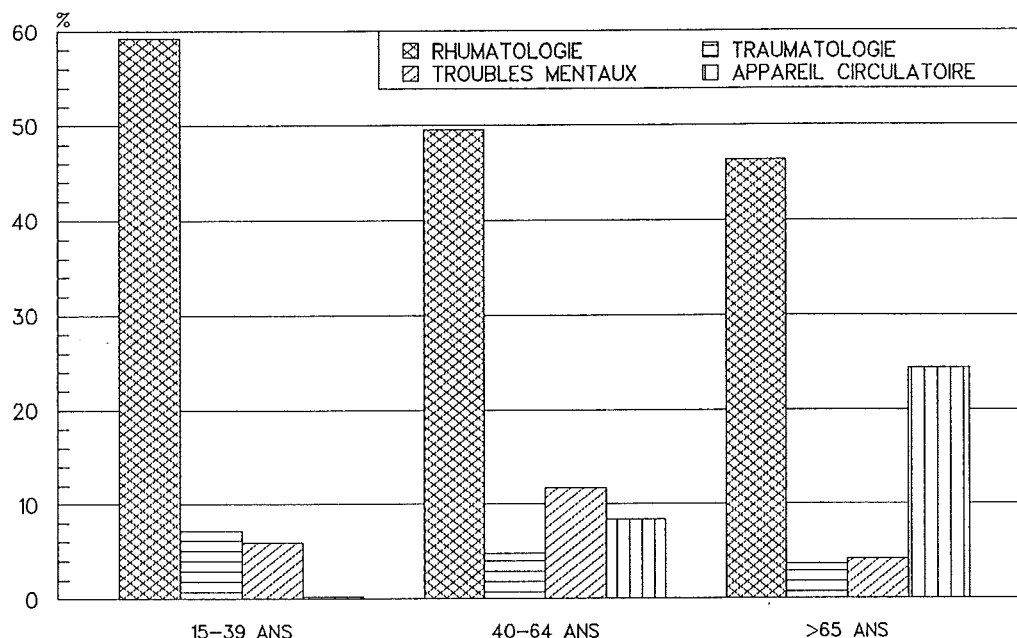
## *Diagnostics*

Plus de la moitié (51 %) des diagnostics sont liés aux maladies touchant la sphère rhumatologique. Dans cette catégorie, on trouve 22 % de dorsalgies avec ou sans irradiation, le reste se composant d'arthrose de la colonne, de déformations acquises, et des autres pathologies articulaires. 11 % de l'ensemble des diagnostics posés concernent les maladies de l'appareil circulatoire (dont 4 % d'HTA). Les troubles mentaux constituent 8 % des diagnostics posés à l'occasion d'une consultation pour "mal au dos" (dont 4 % de dépression). Enfin, les lésions traumatiques occupent une petite partie (5 %) de l'ensemble de ces diagnostics.

En examinant les diagnostics posés suivant le sexe du patient, on remarque que les maladies de l'appareil circulatoire sont mentionnées plus souvent chez les femmes. Par contre les maladies respiratoires sont diagnostiquées trois fois plus fréquemment chez les hommes (et composent le 8 % de l'ensemble des diagnostics posés à l'occasion d'une visite pour "mal au dos"). Sans doute ne faut-il y voir que le reflet de la morbidité générale de la population qui transparaît par un deuxième diagnostic ajouté à une dorsalgie ou une arthrose de la colonne. Il n'y a pas de différence dans la proportion des troubles mentaux diagnostiqués suivant le sexe.

En regardant les diagnostics posés selon les classes d'âge (Figure 7), on est frappé par l'importance de la pathologie rhumatismale chez les jeunes (15-39 ans), qui atteint 59 % de l'ensemble des diagnostics posés, suivie des lésions traumatiques dont le pourcentage reste modeste (7 %). Les troubles mentaux forment le 6 % de l'ensemble des diagnostics retenus, et les maladies circulatoires sont pratiquement inexistantes dans cette catégorie. Chez les personnes âgées de 40 à 64 ans, si les problèmes de nature rhumatologique composent la moitié des diagnostics, le pourcentage des troubles mentaux atteint 12 %, et celui des maladies de l'appareil circulatoire 8 %. Chez les patients âgés, la proportion des maladies rhumatologiques diminue au profit des maladies circulatoires. Fait à noter, les troubles mentaux sont moins diagnostiqués à cet âge (4 % seulement).

Figure 7 : Dorsalgies (échantillon)  
Répartition des diagnostics par classes d'âge



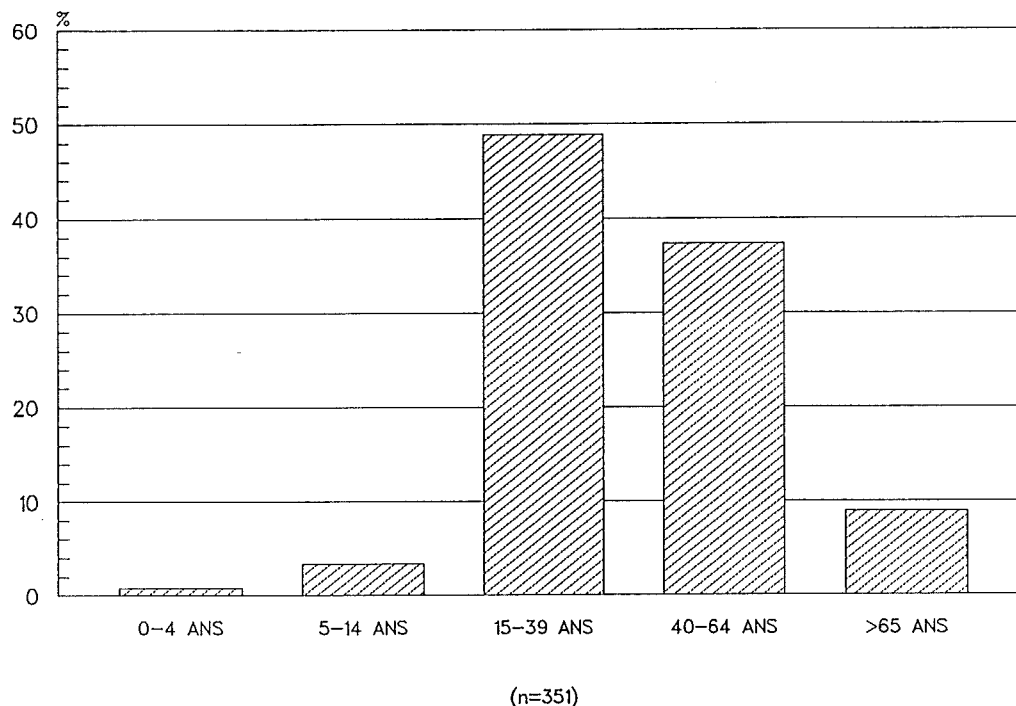
On peut postuler que chez les patients jeunes la pathologie est souvent unique, avec parfois un diagnostic ajouté (problème respiratoire chez l'homme jeune, par exemple). Dans la catégorie des 40-64 ans, plus de diagnostics sont retenus, dont une forte proportion de troubles mentaux (dépression, état dépressivo-anxieux). Quant aux plus de 65 ans, malgré la multiplicité des problèmes, on sous-estime les problèmes mentaux, pourtant très présents chez ces gens âgés, pour ne retenir qu'un diagnostic dans la sphère rhumatologique et un autre qui est l'expression d'une défaillance visible (angor, HTA). D'autres analyses des données PMA font penser que, chez les personnes âgées, les troubles psychologiques sont plus facilement considérés comme "normaux", ou au moins non remarquables par le médecin.

#### 4.3.2. Au niveau des hôpitaux

##### *Caractéristiques des patients*

Dans les services ambulatoires hospitaliers, les hommes forment 55 % du collectif. La répartition par classes d'âge (Figure 8) montre que la moitié (49 %) des patients sont âgés de 15-39 ans. Plus du tiers (37 %) sont dans la catégorie des 40 à 64 ans. Il y a très peu de personnes âgées (9 % seulement). Le seul point commun avec les consultations des médecins de l'échantillon est le peu de patients jeunes (5-14 ans) souffrant du dos (3 %).

Figure 8 : Dorsalgies (services ambulatoires)  
Répartition par classes d'âge



En examinant de plus près selon l'âge et le sexe, on voit que plus de la moitié des hommes (55 %) dans les services ambulatoires sont âgés de 15 à 39 ans; dans cette catégorie d'âge, le rapport homme/femme est environ de 2/1. Plus du tiers (36 %) des patients masculins se retrouvent dans la classe des 40-64 ans et ici le sex-ratio est pratiquement de 1/1. Les 9/10 des hommes apparaissent dans ces deux catégories des 15-39 et des 40-64 ans et, dès 65 ans, on trouve 4 femmes pour 1 homme qui consultent pour douleurs dorsales.

#### *Caractéristiques de la consultation*

La minorité des patients considère que la consultation est urgente (28 %) et les médecins rejoignent cet avis dans 21 % des cas. Ces chiffres sont superposables à ceux trouvés au niveau de l'échantillon.

Seul un tiers (34 %) des patients viennent pour la première fois. 27 % d'entre eux consultent pour une suite de traitement. Le problème qui a motivé cette visite médicale est chronique pour 20 % des malades. Enfin, pour 15 % du collectif, il s'agit de patients connus des médecins mais présentant une pathologie nouvelle.

Une prescription de médicaments a été effectuée dans 40 % des cas.

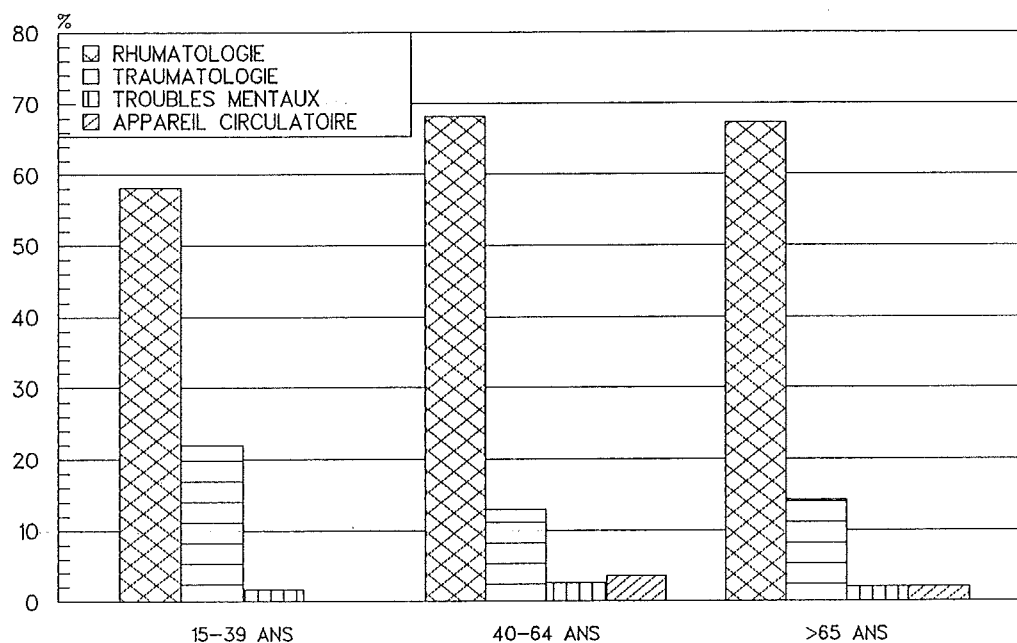
## Diagnostics

L'analyse des grandes classes diagnostiques montre 63 % de problèmes rhumatologiques (plus de la moitié de dorsalgies avec ou sans irradiation, de problèmes arthrosiques, de déformations acquises), et 18 % de lésions traumatiques. Les troubles mentaux ne représentent que le 2 % de l'ensemble des diagnostics et les maladies de l'appareil circulatoire 1.6 %.

On ne trouve pas de grandes différences entre les sexes dans l'analyse des diagnostics.

En examinant les différentes classes d'âge (Figure 9), on observe très peu de variations dans la répartition des diagnostics posés à l'occasion d'une visite pour "mal au dos" en fonction de l'âge du patient.

Figure 9 : **Dorsalgies (services ambulatoires)**  
**Répartition des diagnostics par classes d'âge**





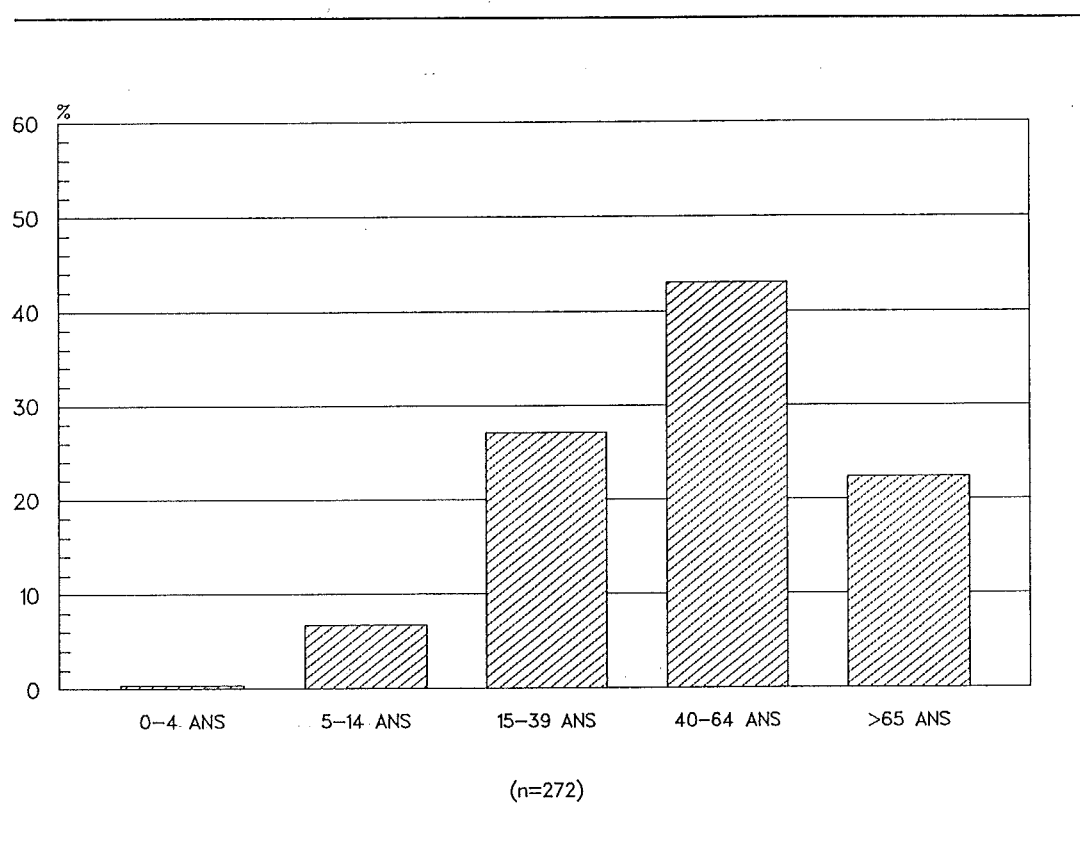
#### 4.4. Douleurs des membres supérieurs

##### 4.4.1. Au niveau de l'échantillon

###### Caractéristiques des patients

C'est une majorité de femmes (56 %) qui consultent leur médecin pour une douleur au bras. La population est relativement âgée (Figure 10), les deux tiers des consultants ayant plus de 40 ans.

Figure 10 : Douleurs des membres supérieurs (échantillon)  
Répartition par classes d'âge



Chez les enfants de 5 à 14 ans, il y a trois garçons pour une fille. Dans le groupe des jeunes adultes, on trouve une nette majorité de femmes (62 %). Si, dans la catégorie des 40 à 64 ans, le rapport homme/femme est proche de un, c'est dans cette tranche d'âge que l'on trouve la moitié (47 %) du collectif masculin. Chez les personnes de 65 ans et plus, les femmes sont nettement majoritaires (63 %).

### *Caractéristiques de la consultation*

Un cinquième des patients estiment que la consultation a un caractère urgent, et c'est également l'opinion des médecins consultés dans 15 % des cas.

Le 62 % des consultations pour "mal au bras" sont effectuées par des généralistes avec ou sans FMH. Les chirurgiens reçoivent 16 % de ces malades et les internistes 15 %.

Dans neuf cas sur dix, le patient est connu. Pour 31 % des consultants, c'est d'un problème nouveau qu'il s'agit. Mais 29 % vient pour une suite de traitement, et une part importante (28 %) des visites sont dues à un problème chronique.

Une prescription médicamenteuse est donnée dans 56 % des cas.

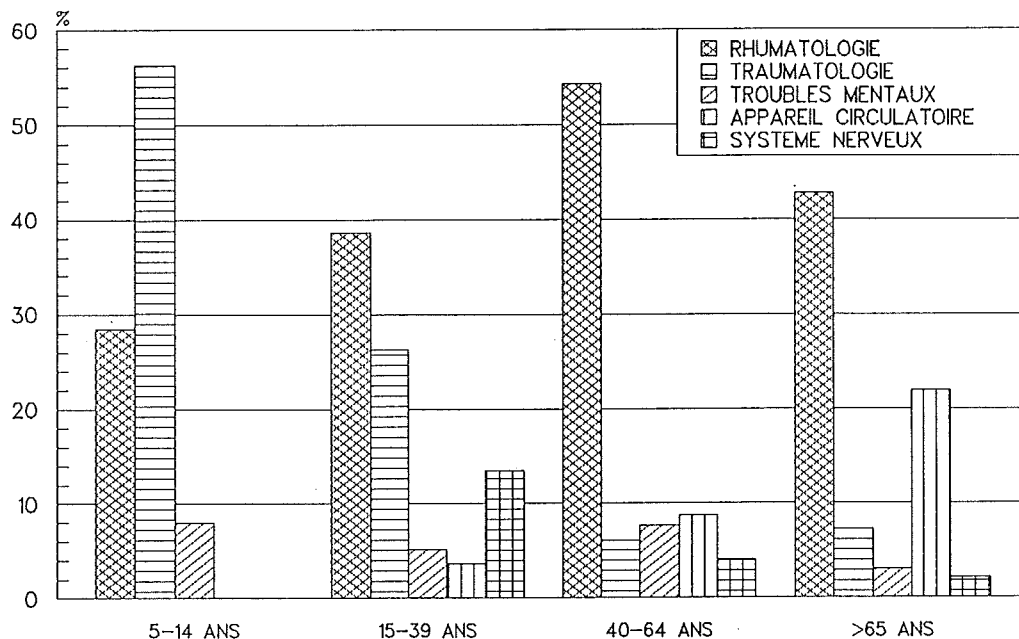
### *Diagnostics*

Les affections rhumatologiques occupent une grande part (46 %) des diagnostics posés à l'occasion d'une visite médicale pour "mal au bras". Dans ces atteintes, on trouve 20 % de syndromes articulaires de l'épaule, 10 % de bursites, puis les arthroses sans précision et les arthroses de la colonne (5 %). Les lésions d'origine traumatique forment le 14 % de l'ensemble (contusions, entorses, plaies), suivies des maladies de l'appareil circulatoire (12 %, dont un tiers d'HTA). Enfin, les troubles mentaux sont mentionnés dans 6 % des cas, ainsi que les maladies du système nerveux.

La répartition des diagnostics suivant le sexe montre une prépondérance nette des affections rhumatologiques chez la femme, alors que chez l'homme la fréquence des diagnostics de traumatismes est deux fois plus élevée.

L'analyse de la répartition de ces différents diagnostics selon les classes d'âge (Figure 11) montre que les affections traumatiques vont en décroissant avec l'avance en âge, et qu'en sens inverse les maladies rhumatologiques progressent (relativement tôt, dès 15-39 ans) la diminution enregistrée de la part des affections rhumatologiques chez les gens âgés peut s'expliquer par un probable diagnostic supplémentaire touchant la sphère cardio-vasculaire.

Figure 11 : Douleurs des membres supérieurs (échantillon)  
Répartition des diagnostics par classes d'âge

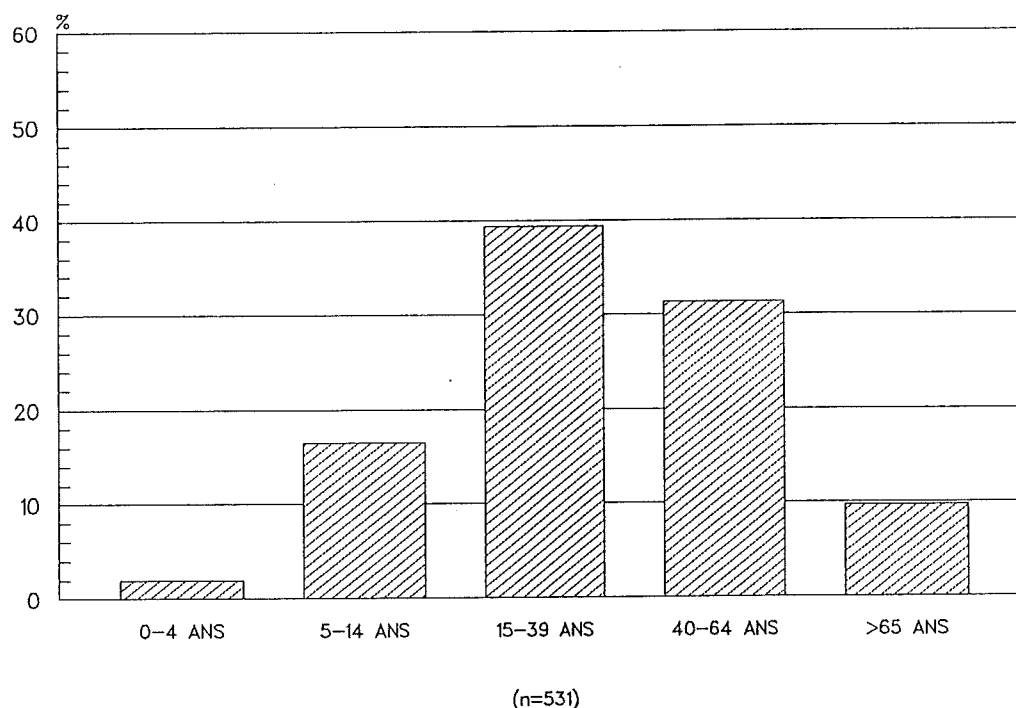


#### 4.4.2. Au niveau des hôpitaux

##### *Caractéristiques des patients*

Les patients se rendant dans les services ambulatoires des hôpitaux sont pour une majorité des hommes (57 %). La Figure 12 montre qu'ils sont plus jeunes que les consultants de l'échantillon. En effet, il y a deux fois plus d'enfants de moins de 15 ans, et les personnes âgées forment moins du dixième du collectif.

Figure 12 : Douleurs des membres supérieurs (services ambulatoires)  
Répartition par classes d'âge



On relève une prédominance masculine discrète chez les enfants de 5 à 14 ans, mais c'est chez les jeunes adultes (15-39 ans) que l'on note deux fois plus d'hommes que de femmes. Le 45 % de l'ensemble des hommes se trouve dans cette classe d'âge. Dès 40 ans, cette tendance s'atténue pour s'inverser dans la catégorie des personnes âgées: en effet, depuis 65 ans, on trouve deux femmes pour un homme.

#### *Caractéristiques de la consultation*

Pour 40 % des malades, la consultation revêt un caractère urgent, ce qui est vrai aux yeux d'un médecin sur trois (31 %).

39 % des patients se présentant dans les hôpitaux pour "mal au bras" viennent pour la première fois. Pour 30 %, il s'agit d'une suite de traitement. 16 % sont déjà connus mais la visite médicale est motivée par un problème nouveau. Enfin, le problème est chronique pour 9 % des malades.

Il y a prescription de médicaments une fois sur quatre seulement.

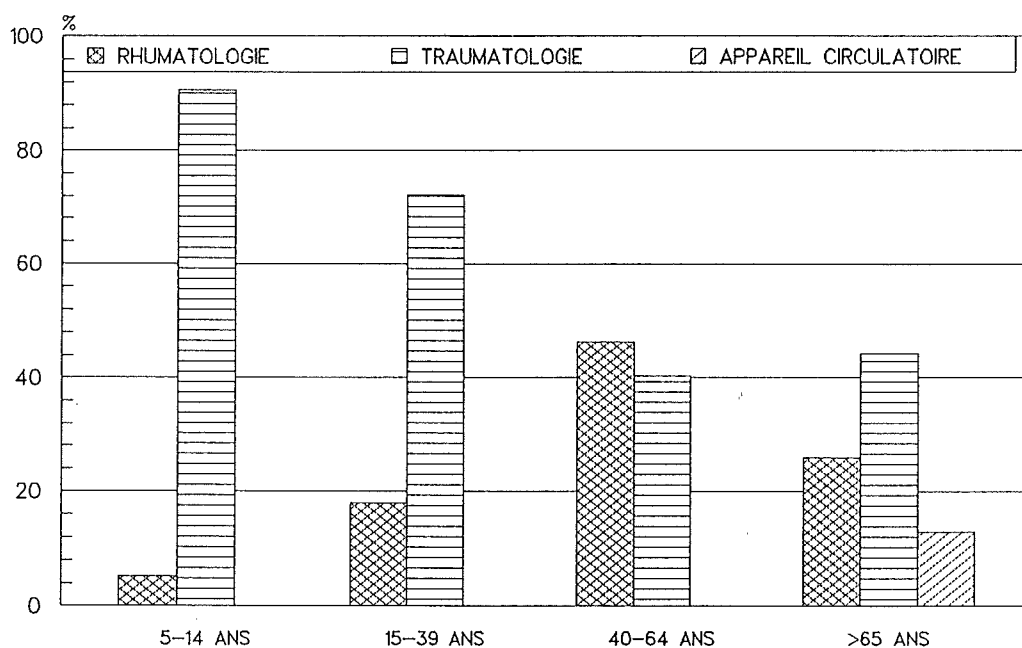
## Diagnostics

Dans les services ambulatoires des hôpitaux, la majorité des patients qui consultent pour une douleur au bras souffrent de lésions traumatiques (62 %), qui sont des contusions, entorses et fractures. Le quart d'entre eux (26 %) ont une affection rhumatologique (bursite, arthrite, polyarthrite rhumatoïde).

La différence homme/femme dans la répartition des diagnostics n'est pas très grande: les affections rhumatismales sont diagnostiquées 1.5 fois plus souvent chez les femmes, les lésions traumatiques étant légèrement supérieures chez les hommes.

Quant à la distribution des diagnostics selon les classes d'âge (Figure 13), on remarque la très forte proportion de lésions traumatiques chez l'enfant, proportion qui diminue avec l'âge, exception faite des personnes âgées chez qui ces atteintes sont à nouveau la première cause de consultation.

**Figure 13 : Douleurs des membres supérieurs (services ambulatoires)**  
**Répartition des diagnostics par classes d'âge**



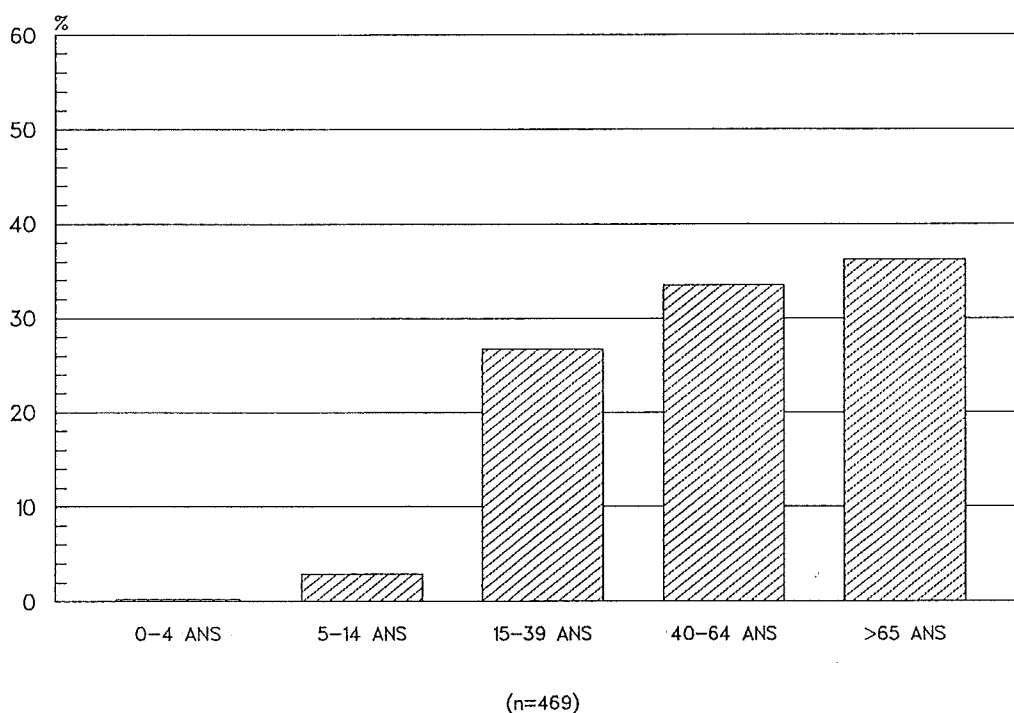
## 4.5. Douleurs des membres inférieurs

### 4.5.1. Au niveau de l'échantillon

#### Caractéristiques des patients

On note une majorité de femmes (59 %) chez ceux qui consultent pour des douleurs des jambes. La moyenne d'âge est relativement élevée (Figure 14), un tiers des patients se situant dans la classe d'âge 40-65 ans et plus d'un tiers au delà de 65 ans.

**Figure 14 : Douleurs des membres inférieurs (échantillon)**  
**Répartition par classes d'âge**



Une prépondérance masculine nette toutefois est observée chez l'enfant (plus de deux garçons pour une fille). Cette balance penche encore en faveur des hommes chez les jeunes adultes (54 %/46 %), puis dès 40 ans la tendance s'inverse nettement (59 % de femmes). Quant aux personnes de plus de 65 ans, ce sont pour les trois quarts des femmes. Les hommes consultant pour douleur à la jambe sont donc plus jeunes (41 % se situent en dessous de 39 ans, comparativement à 22 % chez leurs compagnes). Par contre, sur l'ensemble de la

population féminine concernée, 44 % se retrouvent chez les personnes âgées de plus de 65 ans.

### *Caractéristiques de la consultation*

Seulement 16 % des patients considèrent que la consultation est urgente, et les médecins sont de cet avis dans 11 % des cas.

La moitié des consultations sont effectuées par des généralistes avec ou sans FMH, le quart par des chirurgiens et 15 % par des internistes.

Neuf patients sur dix sont connus de leur médecin, et l'on constate que pour une bonne partie des cas (les deux tiers) ces douleurs relèvent d'une pathologie au long cours. En effet, pour 36 % des malades, le problème est chronique et pour 32 %, il s'agit d'une suite de traitement.

Une prescription médicamenteuse est remise au patient au terme de 57 % des contacts.

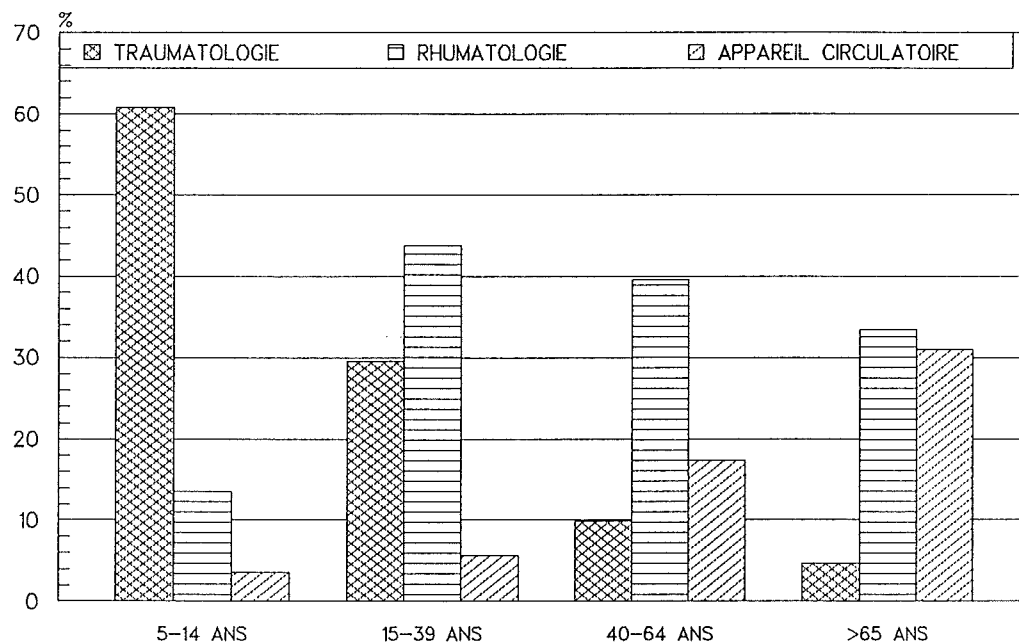
### *Diagnostics*

Plus du tiers des douleurs (37 %) concernent la sphère rhumatologique. Un cinquième est lié aux troubles de l'appareil circulatoire (varices, HTA, phlébites, ulcères), 12 % des douleurs des membres inférieurs relèvent de lésions traumatiques. Les troubles mentaux sont peu souvent évoqués (3 %).

Selon le sexe du patient, il n'y a pas de différences quant à la fréquence de l'atteinte rhumatologique. Par contre les causes traumatiques des douleurs sont trois fois plus fréquentes chez les hommes. A l'inverse, les algies des membres inférieurs liées aux dysfonctionnements de l'appareil circulatoire sont retrouvées deux fois plus souvent chez les femmes.

La répartition des diagnostics selon les classes d'âge (Figure 15), montre la grande proportion de lésions traumatiques chez l'enfant et, surtout, la fréquence élevée de diagnostics rhumatologiques chez l'adulte jeune. Enfin, accompagnant le vieillissement, apparaît la part croissante des atteintes cardio-circulatoires.

**Figure 15 : Douleurs des membres inférieurs (échantillon)**  
**Répartition des diagnostics par classes d'âge**



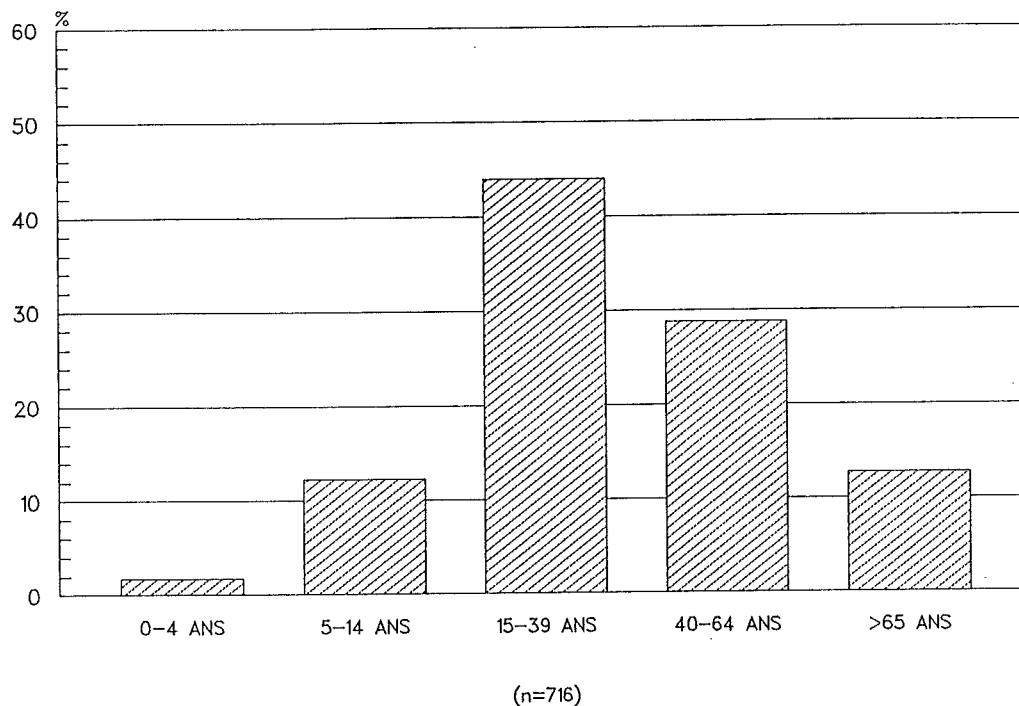
#### 4.5.2. Au niveau des hôpitaux

##### *Caractéristiques des patients*

Les patients qui se rendent dans les services ambulatoires des hôpitaux pour une douleur des membres inférieurs sont pour une majorité (56 %) des hommes. Les malades sont plus jeunes que ceux de l'échantillon (Figure 16). Les enfants de moins de 15 ans composent le 14 % de l'ensemble (3 % dans l'échantillon) et les personnes âgées sont peu représentées (13 % seulement). Près de la moitié des patients (44 %) sont de jeunes adultes (15-39 ans).



Figure 16 : Douleurs des membres inférieurs (services ambulatoires)  
Répartition par classes d'âge



C'est dans cette dernière classe d'âge que les hommes sont relativement les plus nombreux (2/1). Chez les personnes de 40 à 64 ans, il subsiste cette prédominance masculine. Dès 65 ans, la proportion des femmes augmente et le rapport femmes/hommes s'inverse (2/1). Les hommes consultant dans les services ambulatoires des hôpitaux sont donc beaucoup plus jeunes que leurs compagnes, en effet 2/3 d'entre eux ont moins de 40 ans.

#### *Caractéristiques de la consultation*

38 % des patients considèrent que la visite est urgente, soit deux fois plus que dans l'échantillon, et 28 % des médecins rejoignent ce point de vue.

Dans un tiers des cas, le patient est inconnu. Pour 25 % des malades, il s'agit d'une suite de traitement. Le problème est chronique dans 15 % des contacts. Enfin, on note 20 % des patients qui sont connus du service, mais qui consultent pour un problème nouveau.

Une prescription de médicaments est remise au malade une fois sur quatre seulement.

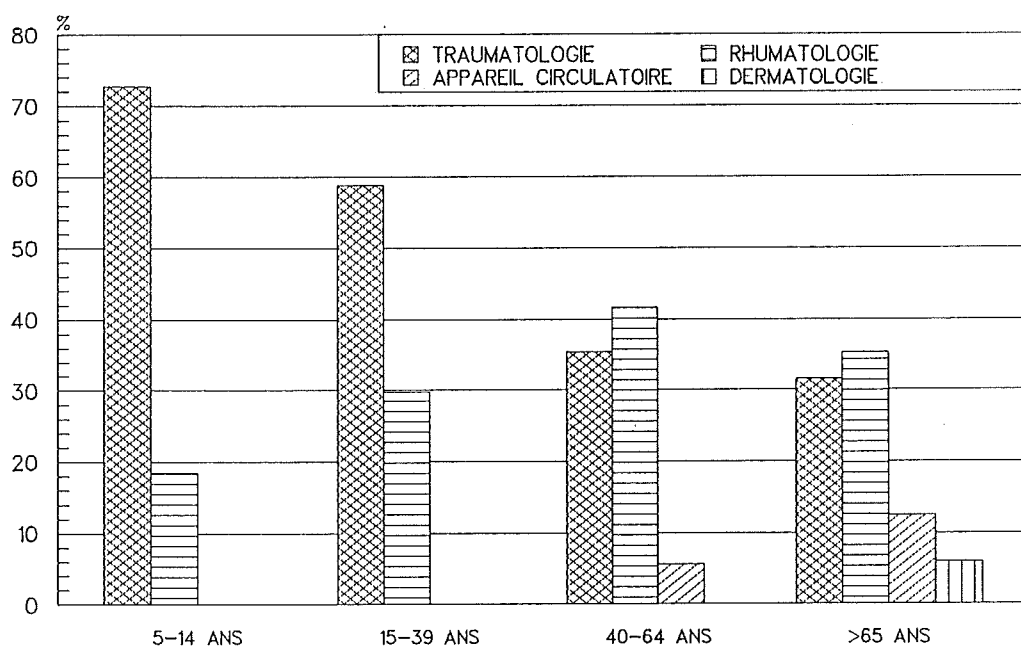
## Diagnostics

La moitié des patients qui consultent à l'hôpital souffrent de lésions traumatiques (entorses, contusions, plaies, fractures). Cependant, l'ensemble de la pathologie rhumatismale compose le tiers des diagnostics posés. Les douleurs provenant de problèmes cardio-circulatoires ne forment que le 4 % de tous les diagnostics.

A l'hôpital, on ne relève pas de grandes différences entre les sexes dans la répartition des diagnostics, les lésions traumatiques étant mentionnées un peu plus fréquemment chez les hommes, à l'inverse des problèmes rhumatologiques.

La répartition des diagnostics selon les classes d'âge (Figure 17) montre la grande part des problèmes traumatiques chez l'enfant et l'adulte jeune. La proportion des maladies rhumatologiques montre peu de changements chez le jeune adulte et au-delà.

**Figure 17 : Douleurs des membres inférieurs (services ambulatoires)**  
**Répartition des diagnostics par classes d'âge**



#### 4.6. Douleurs thoraciques

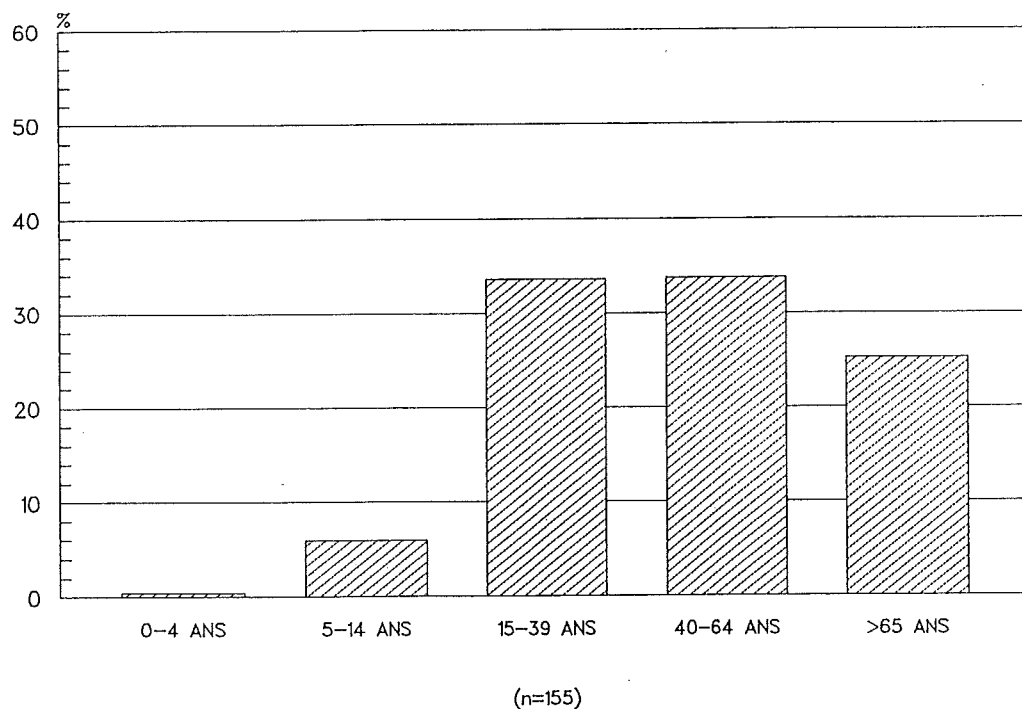
##### 4.6.1. Au niveau de l'échantillon

###### *Caractéristiques des patients*

La majorité des personnes consultant sont des femmes (57 %).

La répartition selon l'âge (Figure 18) montre qu'il y a autant de patients dans la tranche d'âge 15-39 ans que dans celle de 40-64 ans. Un quart des patients sont âgés de plus de 65 ans.

**Figure 18 : Douleurs thoraciques (échantillon)**  
**Répartition par classes d'âge**



Chez les jeunes adultes, on relève une majorité de femmes (63 %) consultant pour douleurs thoraciques. Dans la classe d'âge des 40-64 ans, le sex-ratio est proche de un. On retrouve une prédominance féminine (58 %) chez les personnes âgées.

### *Caractéristiques de la consultation*

Pour un bon tiers des consultants (36 %), la visite médicale était urgente, ce qui est l'opinion d'un médecin sur cinq (21 %).

Cette fois, les praticiens de médecine interne voient une consultation sur trois (32 %), plus de la moitié (53 %) de ces consultations étant effectuées par les médecins généralistes avec ou sans FMH.

9 patients sur 10 sont connus de leur médecin. Il est intéressant de relever que pour un tiers (35 %) des patients, c'est un problème nouveau qui les amène à consulter. Pour 28 % des malades il s'agit d'une suite de traitement, et le problème est chronique pour un quart (24 %) des cas.

Une prescription médicamenteuse est effectuée dans 68 % des consultations.

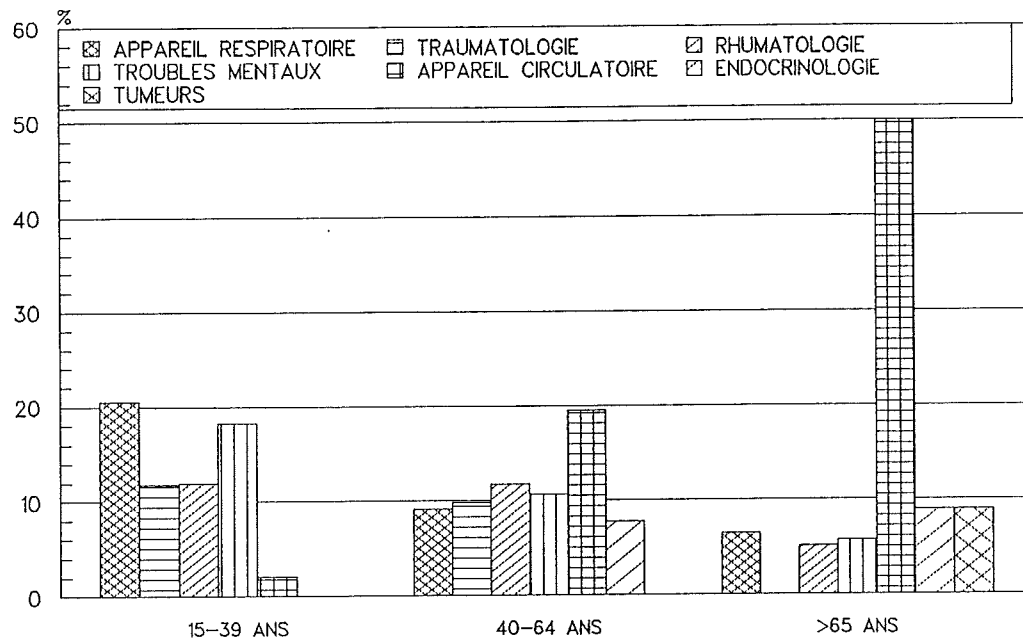
### *Diagnostics*

On note une très grande variété de diagnostics posés. Les maladies de l'appareil circulatoire ne forment que 23 % de l'ensemble: dans ce groupe on trouve plus d'un tiers d'angor, un tiers d'HTA, le reste étant composé d'infarctus et d'insuffisances cardiaques. Les maladies de l'appareil respiratoire ne représentent que le 12 % des diagnostics posés (le plus fréquemment bronchites, asthme, pneumonie). On trouve ensuite 11 % de troubles mentaux (un tiers de dépression, puis anxiété et troubles hystériques). Enfin, les atteintes rhumatologiques forment le 10 % des diagnostics, les traumatismes le 9 % (ecchymoses, fractures), suivis des maladies digestives (6 %) et des tumeurs (4 %).

En observant la répartition des diagnostics suivant le sexe, on relève que les problèmes touchant la sphère cardiovasculaire affectent plus souvent les hommes (+20 %), ainsi que les lésions traumatiques (+1/3). Les troubles mentaux par contre sont diagnostiqués beaucoup plus fréquemment chez la femme (+75 %), ainsi que les maladies rhumatologiques (3 fois plus). Il n'y a pas de différence notable en ce qui concerne les maladies respiratoires.

La répartition des diagnostics posés lors d'une consultation pour douleur thoracique (Figure 19) montre que chez l'enfant la moitié des diagnostics concernent l'appareil respiratoire et les problèmes traumatiques. On relève la plus forte proportion de troubles mentaux chez le jeune adulte, qui va ensuite diminuant avec l'avance en âge. A l'inverse, on constate une part croissante des maladies cardio-vasculaires.

Figure 19 : Douleurs thoraciques (échantillon)  
Répartition des diagnostics par classes d'âge

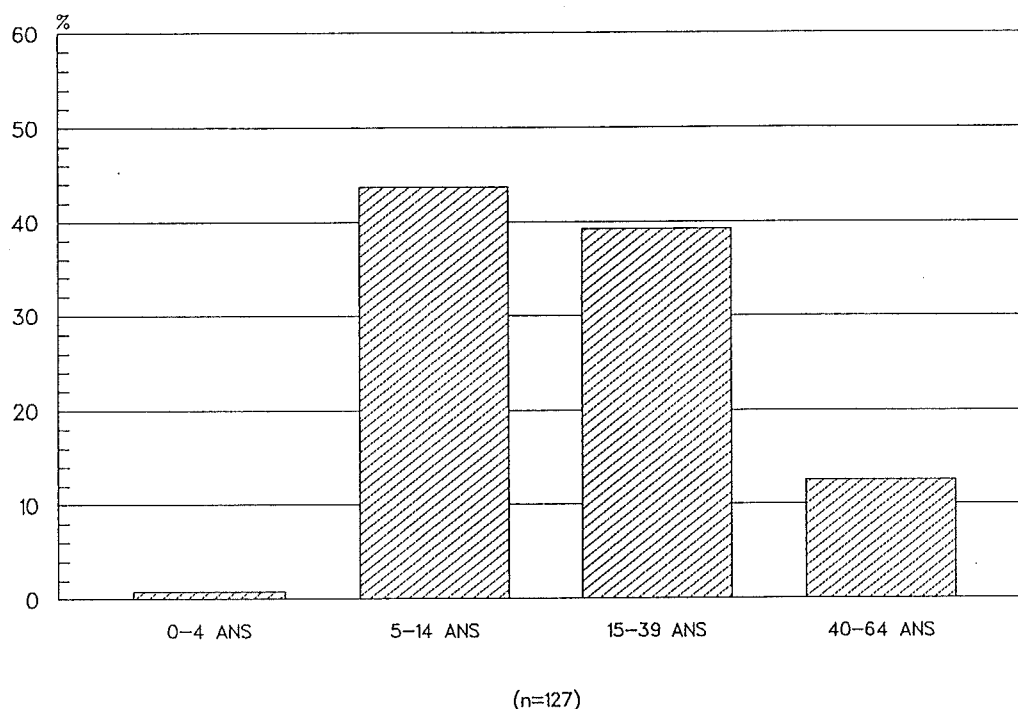


#### 4.6.2. Au niveau des hôpitaux

##### Caractéristiques des patients

On observe une majorité d'hommes (60 %). La répartition par classes d'âge (Figure 20) montre que les enfants sont très peu représentés. La part la plus importante (44 %) est composée par les jeunes adultes et 39 % des patients se situent dans la classe d'âge des 40-64 ans. Les personnes de plus de 65 % ne forment que le 13 % de l'ensemble des consultations.

Figure 20 : Douleurs thoraciques (services ambulatoires)  
Répartition par classes d'âge



Dans le groupe des 15-39 ans, le rapport homme/femme est de 2/1. La moitié de l'ensemble de la population masculine est âgé de moins de 40 ans. A l'inverse, plus de la moitié (55 %) des femmes consultant dans les hôpitaux pour douleur thoracique se situent dans la classe d'âge 40-64 ans, et très peu parmi elles (moins d'un dixième) ont plus de 65 ans. De fait, on note une prédominance féminine (54 %) chez les personnes de 40-64 ans, qui disparaît au-delà.

#### *Caractéristiques de la consultation*

47 % des patients jugent que la consultation est urgente, ce qui est l'opinion de 31 % de leurs médecins.

La moitié des patients viennent pour la première fois. Dans 18 % des cas, il s'agit de patients connus consultant pour un problème nouveau. Enfin, pour 15 % des consultants, le problème est chronique, et pour 11 % c'est une suite de traitement qui motive la visite médicale.

Dans un cas sur trois (35 %) seulement le patient reçoit une prescription de médicaments.

## *Diagnostics*

Les douleurs provoquées par des lésions traumatiques rendent compte du quart (24 %) des diagnostics retenus. On relève 13 % de symptômes mal définis et seulement 12 % d'affections cardio-vasculaires (la moitié d'angor). Les maladies de l'appareil urogénital forment le 11 % des diagnostics. Ce fait peut paraître étonnant à première vue, mais il faut se souvenir que, dans la classification internationale des maladies, les affections du sein sont classées dans le système génito-urinaire. Viennent ensuite les troubles mentaux (7 %), les tumeurs (6 %) et les maladies de l'appareil respiratoire (5 % seulement).

La répartition des diagnostics selon le sexe montre que les problèmes traumatiques sont retrouvés trois fois plus fréquemment chez les hommes, et que les maladies cardiovasculaires sont également plus fréquentes chez ces derniers. Quant aux maladies de l'appareil urogénital, elles sont extrêmement fréquentes chez la femme et quasi inexistantes chez l'homme (rapport de 28/1), ce qui est compréhensible vu le mode de classification de l'ICHPPC2 évoqué plus haut.

La répartition des diagnostics selon les différentes classes d'âge montre, bien que le nombre de patients soit restreint, la forte proportion des lésions traumatiques chez les jeunes adultes et dans la classe d'âge des 40-64 ans. Dans cette dernière catégorie, on a 11 % de diagnostics de maladie tumorale, ce qui est élevé. La part des maladies respiratoires est faible dans toutes les catégories.

### *4.7. Douleurs abdominales*

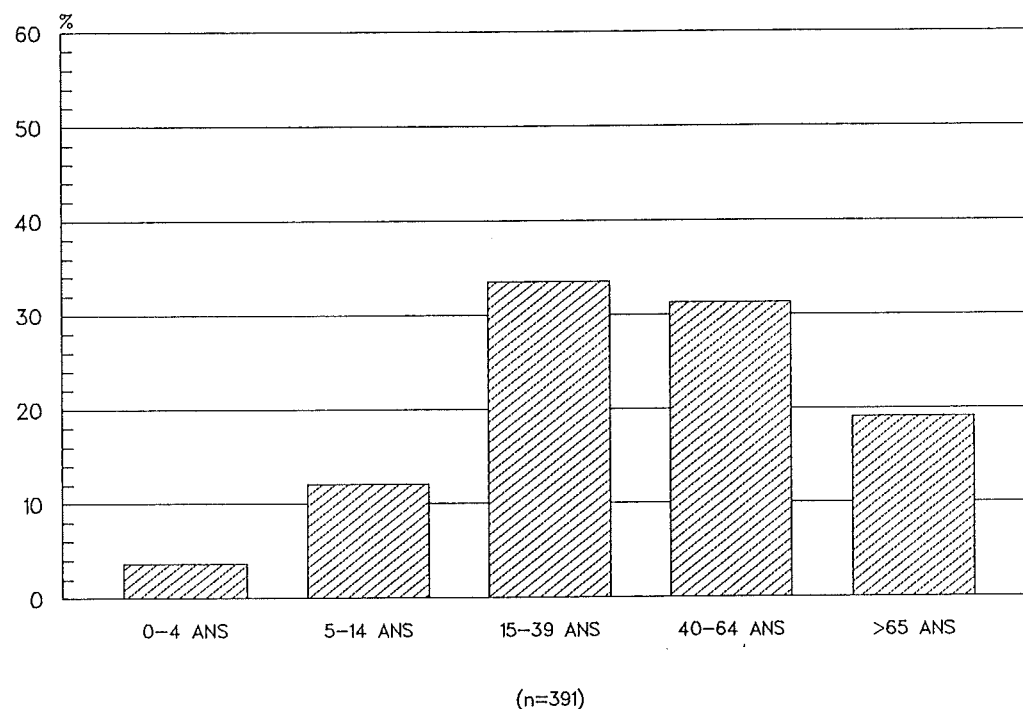
#### *4.7.1. Au niveau de l'échantillon*

##### *Caractéristiques des patients*

On note une prédominance féminine (61 %) chez les patients consultant leur médecin pour "mal au ventre".

La répartition par classes d'âge (Figure 21) montre que 16 % des consultants sont âgés de moins de 15 ans, un tiers a entre 15 et 39 ans. Les personnes de 65 ans et plus forment un cinquième (19 %) du collectif.

Figure 21 : Douleurs abdominales (échantillon)  
Répartition par classes d'âge



Chez le petit enfant et l'enfant, il n'y a pas de différence nette entre les sexes. Par contre, entre 15 et 39 ans, le rapport femme/homme est de 2/1. Bien que ce dernier tende ensuite à diminuer, les femmes restent majoritaires au-delà de 65 ans.

#### *Caractéristiques de la consultation*

Le tiers des patients considèrent que la consultation est urgente, et c'est l'avis des médecins dans un quart des cas.

Plus de la moitié des consultations sont effectuées par des praticiens en médecine générale, avec ou sans FMH (55 %). Les internistes voient le 14 % des malades et leurs confrères ayant une sous-spécialité en médecine interne en reçoivent le 11 %.

Dans 88 % des contacts, le patient est connu de son médecin. Dans une part importante (34 %), le malade est connu mais la visite est motivée par un problème nouveau. Il s'agit d'une suite de traitement pour 28 % des gens, et le problème est chronique dans 23 % des cas.

Une prescription médicamenteuse est donnée dans 61 % des consultations.



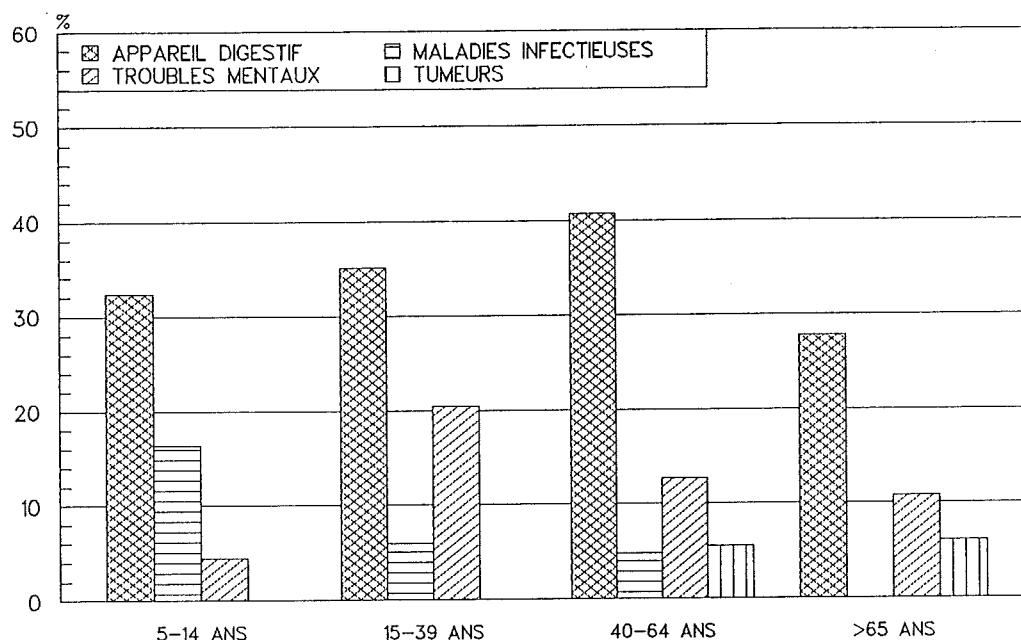
## *Diagnostics*

35 % des diagnostics posés concernent la sphère digestive. Dans ce groupe, le diagnostic de côlon spastique est le plus fréquent (un tiers), puis viennent les ulcères (un dixième), la constipation, les infections intestinales et l'appendicite (seulement 4 %). Les douleurs abdominales sans précision forment le 3 % des diagnostics. La proportion de diagnostics concernant les troubles mentaux est très élevée (13 %) : ceux-ci comprennent d'abord les troubles hystériques (un tiers), la dépression (un quart), puis l'anxiété et les psychoses. Les maladies cardio-vasculaires forment le 7 % de l'ensemble des diagnostics, et dans ce groupe l'HTA est mentionnée une fois sur trois. On trouve encore 7 % de diagnostics de maladies respiratoires (surtout des angines) : en effet, dans ce groupe des "douleurs abdominales" étaient également retenues les douleurs de l'appareil digestif incluant les "mal en avalant", qui concernent autant les troubles respiratoires que digestifs. Même problème de "frontière" pour les maladies du système urogénital qui ne forment finalement que le 6 % de l'ensemble des diagnostics (principalement des cystites et des lithiases).

Selon le sexe, on remarque que les troubles mentaux sont évoqués 2.5 fois plus fréquemment chez les femmes. Chez ces dernières, on note également une fréquence deux fois supérieure de diagnostics concernant la sphère uro-génitale. Par contre, les diagnostics "purement digestifs" sont plus fréquents chez les hommes (1.5 fois).

Selon l'âge, on relève chez les enfants de 0-4 ans (bien que cette catégorie ne représente que le 4 % du collectif et ne soit pas représentée sur la figure) une grande proportion de maladies respiratoires, ce qui n'est pas étonnant car pour toute douleur abdominale chez le petit enfant, le pédiatre recherche une affection respiratoire haute ou une pathologie pulmonaire. Leur fréquence diminue rapidement avec l'âge. A la figure 22, on voit que la plus grande proportion des troubles mentaux se situe dans la catégorie des 15-39 ans. Les diagnostics purement digestifs gardent une proportion grosso modo constante. La part des diagnostics de tumeurs ne dépasse pas 6 %. Enfin, non mentionnée sur cette figure, la pathologie génito-urinaire est maximum chez les jeunes adultes (11 %) et sa fréquence diminue de moitié avec l'avance en âge.

**Figure 22 : Douleurs abdominales (échantillon)**  
**Répartition des diagnostics par classes d'âge**



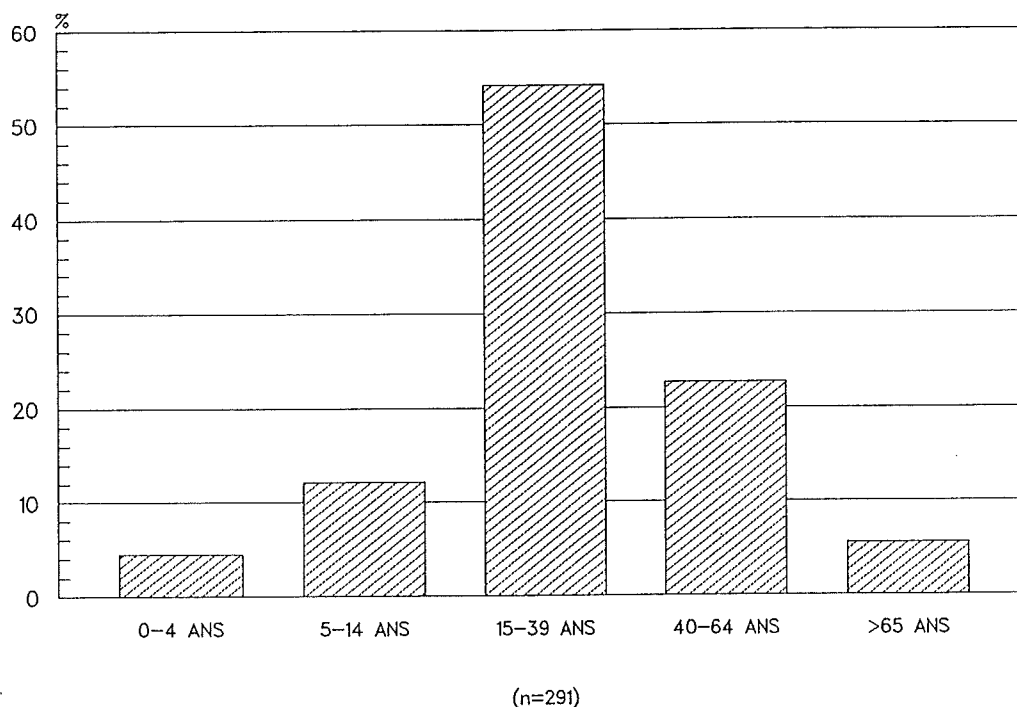
#### 4.7.2. Au niveau des hôpitaux

##### *Caractéristiques des patients*

Contrairement à ce qui a été observé pour les autres groupes de douleurs, les femmes sont ici majoritaires dans les services ambulatoires des hôpitaux (58 %).

La répartition par classes d'âge (Figure 23) montre que plus de la moitié des patients (54 %) sont des jeunes adultes, et que les personnes de plus de 65 ans ne forment que le 6 % des consultants.

Figure 23 : Douleurs abdominales (services ambulatoires)  
Répartition par classes d'âge



En examinant plus avant ces données, on trouve les mêmes constatations que dans l'échantillon. Chez les enfants de moins de 15 ans, il n'y a pas de différences entre les sexes. Chez les jeunes adultes, le sex-ratio est de 2 femmes/1 homme. C'est dans cette catégorie que l'on a la majorité de la population féminine (63 %). Dès 40 ans, dans les services externes des hôpitaux, on retrouve les mêmes pourcentages de consultations dans les deux sexes.

#### *Caractéristiques de la consultation*

56 % des patients estiment que la consultation est urgente, et c'est l'opinion du médecin dans 38 % des cas.

Dans 42 % des cas, le patient vient pour la première fois. Pour 21 % des consultants, s'ils sont connus du service, le problème présenté est nouveau. Il s'agit d'une suite de traitement dans 16 % des cas. Enfin, 12 % de l'ensemble des consultations est due à une pathologie chronique.

31 % des patients reçoivent une prescription médicamenteuse.

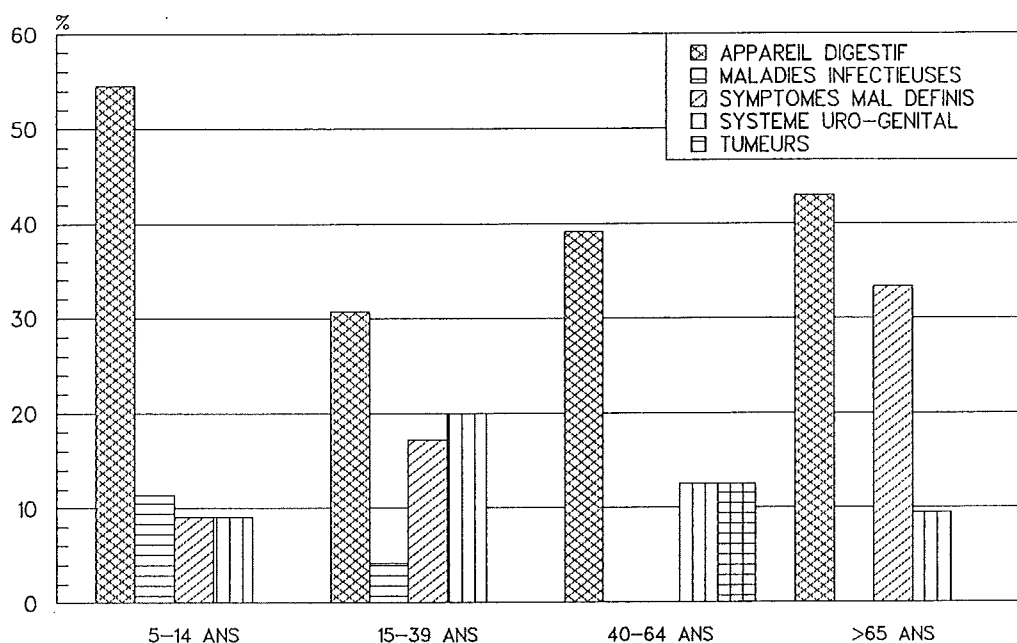
## *Diagnostics*

On note 37 % de diagnostics appartenant aux maladies du système digestif. Comme dans l'échantillon, le diagnostic venant en tête est le côlon spastique (20 %), l'appendicite représente le 6 %, puis dans l'ordre décroissant on trouve la constipation, les fissures anales, les ulcères et les infections intestinales. 16 % des diagnostics sont classés dans les symptômes mal définis (les douleurs abdominales sans précision composent les trois quarts de ce groupe, soit 13 % de l'ensemble des diagnostics posés). Les affections touchant l'appareil uro-génital rendent compte également d'un 16 % (essentiellement cystites et lithiases). Enfin, on trouve les maladies infectieuses (4 %), les tumeurs (3 %) et les troubles mentaux (3 %).

En examinant la répartition des diagnostics selon le sexe, on retrouve chez les hommes une fréquence deux fois supérieure de diagnostics "purement digestifs", qui représentent plus de la moitié (53 %) de l'ensemble des diagnostics. Chez les femmes, on relève un quart de maladies du système digestif, et un quart d'affections du système uro-génital. Ces affections sont sept fois moins fréquentes chez l'homme. Enfin, chez la femme, 8 % des diagnostics sont codifiés dans la classification supplémentaire, qui peuvent être notamment des contrôles de grossesse et des soins du post-partum.

Observant la répartition des diagnostics selon les différentes classes d'âge (Figure 24), on relève la forte proportion de maladies du système uro-génital chez les jeunes adultes, et l'importante part des tumeurs chez les personnes entre 40 et 64 ans. Comme les personnes de 65 ans et plus ne représentent que le 6 % du collectif (n=291), on ne saurait tirer de conclusion à propos du très faible pourcentage chez eux de la pathologie tumorale.

Figure 24 : Douleurs abdominales (services ambulatoires)  
Répartition des diagnostics par classes d'âge



#### 4.8. Douleurs uro-génitales

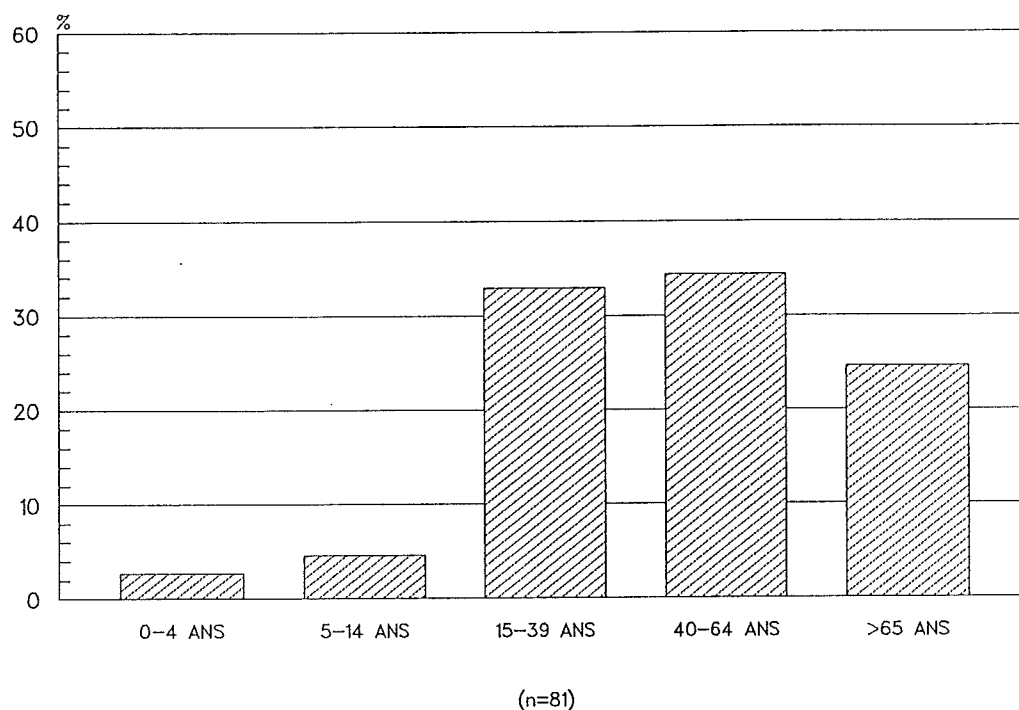
Bien que ce groupe soit restreint, il sera analysé de la même manière que les autres.

##### 4.8.1. Au niveau de l'échantillon

###### *Caractéristiques des patients*

C'est une majorité de femmes qui consultent le médecin en se plaignant de douleurs uro-génitales (63 %). Dans la répartition par classes d'âge (Figure 25), on remarque la faible proportion des enfants. Les jeunes adultes forment un tiers des patients, un autre tiers se situe dans la catégorie 40-64 ans. La part des personnes âgées est relativement importante (25 %).

**Figure 25 : Douleurs uro-génitales (échantillon)**  
**Répartition par classes d'âge**



Si l'on ne note pas de différences entre les sexes chez l'enfant, il y a 62 % de femmes dans la catégorie des 15-39 ans. Ce pourcentage augmente à 73 % chez les 40-64 ans, cette tendance s'amenuisant pour le groupe des personnes âgées (58 %).

#### *Caractéristiques de la consultation*

42 % des patients estiment que la consultation est urgente, rejoignant l'avis de 35 % des médecins.

Plus de la moitié des consultations sont effectuées par des généralistes avec ou sans FMH et un cinquième par des internistes.

Les patients sont pour la majorité connus de leur médecin (95 %), mais pour la moitié (48 %), il s'agit d'un problème nouveau. 30 % des consultations sont motivées par une suite de traitement. Pour 17 % des personnes, le problème est chronique.

Une prescription médicamenteuse est remise dans 69 % des cas.

## *Diagnostics*

42 % des diagnostics touchent le système uro-génital. Ce groupe comprend pour une moitié les cystites et infections urinaires, puis les orchites, épидидimites, prostatites et uréthrites. Le second groupe de diagnostics est composé d'affections rhumatismales (13 %). En fait, regardant à quoi ils se rapportent, on trouve des dorsalgies et des arthroses. C'est que, dans les mots-clefs ayant servi à délimiter la sphère uro-génitale se trouvait le mot "rein" et, dans le langage populaire, mal aux reins signifie mal au dos: une partie donc de ces douleurs devrait se rattacher aux dorsalgies. On relève ensuite 11 % de diagnostics cardio-vasculaires (dont la moitié d'HTA). Enfin, les troubles mentaux ne représentent que 6 % des diagnostics posés (la moitié de dépression). Le nombre d'observations n'est pas suffisant pour analyser la répartition des diagnostics par classes d'âge.

### *4.8.2. Au niveau des hôpitaux*

#### *Caractéristiques des patients*

Les femmes forment aussi la majorité du collectif qui consulte à l'hôpital pour douleurs uro-génitales (62 %). Ces patients sont beaucoup plus jeunes que ceux de l'échantillon (Figure 26). En effet, les quatre cinquièmes ont moins de 40 ans.

Les trois quarts des consultants se situent dans le groupe des 15 à 39 ans, et c'est dans cette catégorie que la prédominance féminine est la plus élevée (70 %). Sinon, dans les autres tranches d'âge, on ne trouve pas de différences importantes entre les sexes. La proportion de personnes jeunes est plus importante chez les femmes: 86 % d'entre elles ont moins de 40 ans (72 % chez les hommes).

#### *Caractéristiques de la consultation*

Plus de la moitié des patients estiment que la consultation est urgente (57 %), et c'est également l'avis de 39 % des médecins.

La moitié (48 %) viennent pour la première fois. Un cinquième est connu du service, mais se présente pour un problème nouveau. Pour 15 %, il s'agit d'un problème chronique, et 12 % des consultants viennent pour une suite de traitement.

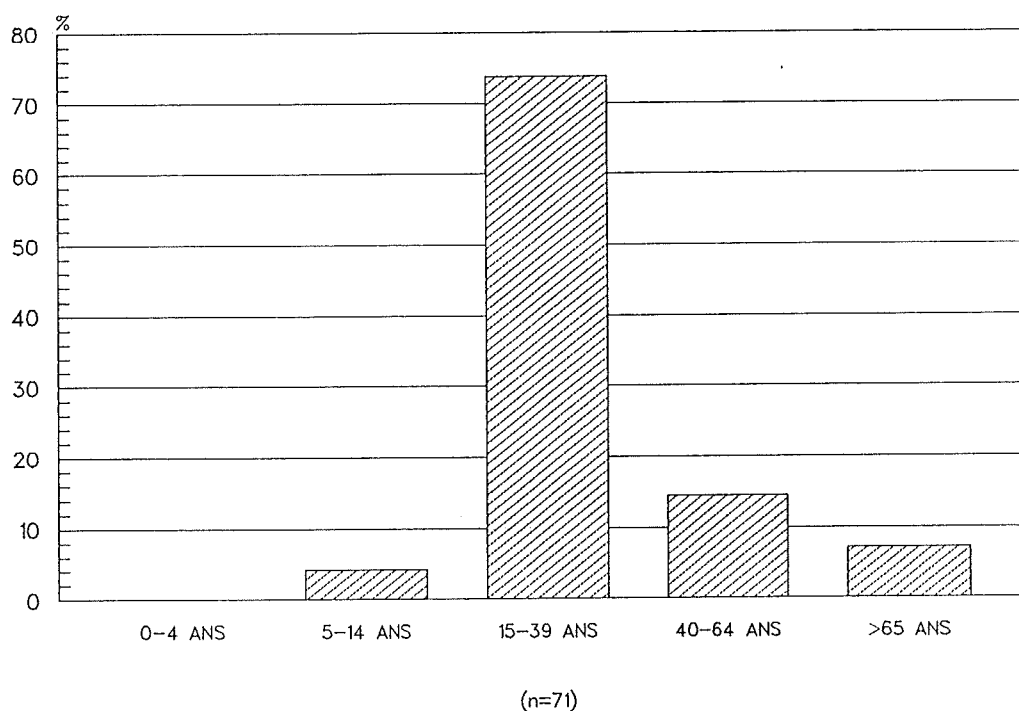
Dans 45 % des cas une prescription médicamenteuse est remise au patient.

## *Diagnostics*

Plus de la moitié (56 %) des diagnostics appartiennent au système urogénital (plus d'un tiers de cystites, un dixième de vaginites, puis les lithiases, orchites, épидидimites, pyélonéphrites et uréthrites). 11 % des diagnostics sont codés dans la classification supplémentaire (contrôle de grossesse, surveillance, examen de dépistage). Il y a 8 % des diagnostics dans le groupe des symptômes mal définis, où l'on trouve les dysuries et les

anomalies de la miction; les coliques néphrétiques sont également classées dans ce groupe. Il n'y a pas suffisamment d'observations pour analyser la répartition des diagnostics selon les différentes classes d'âge.

**Figure 26 : Douleurs uro-génitales (services ambulatoires)**  
**Répartition par classes d'âge**





## 5. DISCUSSION

Les constatations faites à propos des différences entre les consultations motivées par la douleur chez les médecins installés et celles des services ambulatoires des hôpitaux rejoignent les observations générales faites lors de l'enquête PMA (1). Dans les polycliniques se rencontrent une majorité d'hommes, à l'inverse les praticiens voient une clientèle à prédominance féminine. On peut postuler que les services ambulatoires des hôpitaux offrent une meilleure accessibilité pour les patients de sexe masculin (possibilité de consulter en urgence pour les jeunes adultes ne voulant pas manquer leur travail). Les femmes, au contraire, préfèrent peut-être le type de relation offert par le médecin privé. La moyenne d'âge relevée dans les services ambulatoires des hôpitaux est plus basse que celle des consultants des praticiens. Dans les hôpitaux, qui possèdent davantage de services d'urgences, les médecins diagnostiquent fréquemment des traumatismes.

La majorité d'hommes observée dans les services ambulatoires des hôpitaux est rencontrée pour tous les groupes d'algies, à l'exception des douleurs abdominales et de la sphère uro-génitale. On trouve pour ces dernières une nette prédominance féminine quel que soit le lieu de consultation. Pour les douleurs génito-urinaires, où les diagnostics les plus fréquents sont les cystites et les infections urinaires, cette différence n'est que le reflet d'une "inégalité" biologique. Les femmes, pour des raisons anatomiques probablement, présentent plus souvent ce type de troubles, sauf dans les premiers mois de la vie où l'on rencontre une majorité de garçons.

L'explication est certainement plus complexe en ce qui concerne la grande majorité des femmes souffrant de douleurs abdominales. Malgré la présence d'un petit pourcentage d'infections urinaires, l'ensemble des diagnostics retenus ne semble pas devoir privilégier les femmes. Ceci confirme l'étude menée aux Etats-Unis (88) montrant que, même en excluant toute pathologie génito-urinaire, les femmes consultent plus pour des douleurs abdominales. Il est très intéressant de relever que c'est à l'intérieur de ce groupe que l'on trouve le plus haut pourcentage de troubles mentaux (13 %). Quel que soit le motif de consultation, les médecins diagnostiquent plus fréquemment de tels troubles chez les femmes (1, 94). On peut imaginer que certains symptômes, reconnus par le médecin comme plus ou moins "légitimes", peuvent déboucher plus facilement sur une reconnaissance de problèmes mentaux sous-jacents (dépression, troubles hystériques, anxiété).

On trouve, dans le groupe des douleurs abdominales, un pourcentage important de patients qui consultent pour un problème nouveau (de l'ordre d'un tiers). La proportion relativement basse de douleurs chroniques dans cette catégorie peut certes être expliquée par la nature de l'affection d'une part, un épisode de maladie spontanément résolutif. Mais, d'autre part, on peut également imaginer que le fort pourcentage de reconnaissance des

troubles mentaux par le médecin incite le patient à "choisir" une autre catégorie de symptômes, plus légitimes, ou mieux acceptés.

La même remarque est valable pour les douleurs thoraciques, où l'on trouve également un tiers de problèmes nouveaux, peu de douleurs chroniques, et le deuxième score de diagnostics de troubles mentaux (11 %). Dans ce groupe, seule une consultation sur quatre concerne la sphère cardio-vasculaire. Ce résultat s'explique en partie par les mots retenus pour la définition du groupe, qui comprenait les "douleurs costales", "du sein", "en respirant"....

On remarque que les troubles mentaux sont plus rarement mentionnés dans les polycliniques. Le nombre moyen de diagnostics par fiche est inférieur à celui trouvé chez les praticiens installés et, chez ces derniers, les troubles mentaux sont probablement souvent évoqués comme deuxième diagnostic. A l'hôpital, on hésite à parler de pathologie psychologique devant un patient qui est plus souvent inconnu, et dont on connaît moins l'histoire. Dans les deux cas cependant, cette pathologie est probablement sous-estimée, les problèmes psychologiques étant perçus plus fréquemment par les médecins qu'ils ne le signalent dans leurs dossiers (22). La fréquence de la mention des troubles mentaux est maximale pour les douleurs abdominales, puis thoraciques. Elle est la plus faible pour les douleurs des membres inférieurs, des membres supérieurs puis génito-urinaires. Cette fréquence est intermédiaire, proche de la moyenne générale pour ce qui est des céphalées et des dorsalgies.

Ces résultats sont comparables à ceux obtenus aux Etats-Unis lors d'une étude sur les douleurs chroniques vues ambulatoirement (4). En effet, la mention de troubles mentaux y est basse pour les douleurs du dos et des membres inférieurs. Elle est élevée pour les douleurs thoraciques (14 %) et abdominales (15 %). Le seul point contradictoire concerne le haut pourcentage indiqué pour les céphalées (33 %), ce qui est explicable puisque seules les algies chroniques étaient retenues. Il existerait une tendance à diagnostiquer moins facilement des troubles mentaux en face de douleurs touchant l'appareil locomoteur, et à l'inverse de les mentionner plus facilement en présence de douleurs viscérales (abdominales, thoraciques).

Les groupes présentant des douleurs des membres supérieurs et inférieurs sont comparables à plusieurs points de vue. Dans les deux cas, on constate une population âgée (les deux tiers ont 40 ans et plus). Le problème est chronique, surtout pour les douleurs de la jambe: plus d'un tiers, c'est-à-dire, avec les dorsalgies, la fréquence la plus élevée parmi tous les groupes. A l'inverse, on trouve plus fréquemment des pathologies nouvelles (première consultation pour cette affection) dans les consultations pour mal au bras. Le caractère de ces consultations montre qu'elles sont estimées peu urgentes chez les praticiens.

A l'inverse, dans les services ambulatoires des hôpitaux, les consultations sont jugées deux fois plus souvent urgentes, ce qui est probablement un critère de choix du lieu de consultation. Les lésions traumatiques représentent d'ailleurs la pathologie la plus fréquente. Les personnes âgées sont peu représentées dans ces services, les traumatismes étant plus fréquemment en cause pour les douleurs du bras (fractures du poignet probablement) que les douleurs de jambe. Pour les deux groupes (bras et jambe), les diagnostics de nature

rhumatologique sont les plus fréquents. Ils se retrouvent presque une fois sur deux dans les douleurs de bras, alors que pour les douleurs des membres inférieurs, cela n'est que dans un peu plus du tiers des diagnostics posés. En effet, ces dernières sont également dues aux dysfonctionnements circulatoires (une fois sur cinq), ce qui explique que 25 % des médecins consultés pour des douleurs de jambe soient des chirurgiens. Dans ces deux catégories de douleurs, on trouve peu de troubles mentaux parmi les diagnostics posés.

Les dorsalgies composent le 15 % de l'ensemble des douleurs et 4.6 % de tous les motifs de consultation ambulatoire. Cela correspond aux chiffres relevés lors des études précédentes (10, 59). Ces douleurs sont caractérisées par une grande proportion de pathologie chronique (de l'ordre d'un tiers, c'est-à-dire légèrement moins que pour les douleurs de jambe). Des études ont également montré que les dorsalgies constituent sur l'ensemble des douleurs chroniques le premier motif de consultation (4, 70). La population souffrant du dos est plus jeune que celle présentant des douleurs des membres (supérieurs et inférieurs). Les dorsalgies ne touchent pas les enfants. Les consultations ont un caractère peu urgent, que ce soit chez les médecins installés ou dans les polycliniques. Ce n'est pas la nécessité de voir rapidement un médecin qui amène le patient à l'hôpital, mais probablement la possibilité d'une consultation spécialisée (grande proportion de pathologie spécifiquement rhumatologique). Relevons que c'est dans cette catégorie de douleurs qu'il existe le plus haut pourcentage d'atteintes rhumatologiques.

C'est au sein de l'important groupe des douleurs de la tête et du cou que les patients les plus jeunes sont prédominants (principalement des 15 à 39 ans). La consultation est perçue comme la plus urgente (presque une consultation sur deux), et l'on trouve très peu de problèmes chroniques. La majorité de la pathologie observée est composée d'infections de la sphère ORL. Les migraines et les céphalées sans précision ne composent que le 5 % de l'ensemble des diagnostics. Ce chiffre est bas (et artificiellement dilué puisque l'on s'est intéressé aux douleurs de toute la tête et du cou, et pas uniquement aux douleurs de la boîte crânienne). On peut néanmoins supposer qu'une grande partie des patients souffrant de céphalées s'automédiquent puisque la prévalence des céphalées parmi la population est connue pour être élevée (37, 51). C'est à l'intérieur de ce groupe que la prescription médicamenteuse est la plus fréquente (4 consultations sur 5). Ceci rejoint les constatations de l'étude du NAMCS (2).

On trouve également une forte proportion de prescription médicamenteuse lors des consultations pour douleurs de la sphère uro-génitale. A première vue, ces deux localisations ont peu en commun. Sauf, dans les deux cas, la fréquence relative d'une pathologie infectieuse qui motive l'administration rapide de médicaments. Subjectivement, le caractère lancinant et insupportable de ce type de douleurs explique facilement un recours rapide au médecin. C'est à l'intérieur de ces deux catégories que la proportion d'urgence est la plus élevée.

L'idée selon laquelle toute visite médicale débouche sur une prescription médicamenteuse est infirmée par l'examen des chiffres relevés dans cette étude. On pourrait imaginer que les patients suivis en cabinet ont peut-être des ordonnances des consultations

précédentes, mais cela ne devrait pas être la règle. Le nombre inférieur des ordonnances remis dans les polycliniques est de toute manière moins explicable, car un plus grand nombre de consultants y viennent pour la première fois. La fiche utilisée est-elle mal adaptée au médecin qui oublie de remplir la rubrique correspondante? Les prestations fournies à l'hôpital sont aussi plus "techniques" et comprennent-elles davantage de plâtres, pansements que d'ordonnances? Néanmoins, les prescriptions de médicaments sont peut-être réellement inférieures à ce qu'en dit la rumeur.

On est frappé par l'importance dans le status douloureux de la pathologie rhumatismale, qui constitue une partie importante des problèmes chroniques. Les jeunes adultes sont atteints fortement (première catégorie mentionnée dans la classe d'âge 15-39 ans pour les douleurs du dos, du bras, de la jambe au sein de l'échantillon). La pathologie rhumatismale concerne plus fréquemment les femmes. Cette constatation rejoint une étude de population faite en France (94) qui montre une prédominance féminine pour cette catégorie d'affections, quel que soit l'âge.

Enfin, dans notre étude PMA, on trouve 16 % des patients de moins de 15 ans sur le nombre total de consultations relevées au sein de l'échantillon (1). Lorsqu'on examine l'ensemble des consultations motivées par une douleur, ce pourcentage n'est que de 10 %. Cet écart, qui persiste si l'on retire toutes les consultations pour contrôles, est probablement lié à plusieurs facteurs. Peut-être la mère ou le médecin ont-ils déjà fait un diagnostic préalable, et le motif de la consultation apparaît-il ainsi biaisé? Les parents attachent peut-être plus de valeur à un signe comme la température qu'à la douleur. Ne faut-il pas voir dans cette différence observée le reflet du mode de pensée des adultes qui sous-estiment le problème de la douleur chez l'enfant? Nombre de parents ne voient dans les suppositoires prescrits par le médecin que les propriétés antipyrétiques, oubliant leurs effets antalgiques. La richesse du vocabulaire à disposition des adultes pour qualifier et parler de leur douleur manque à l'enfant qui exprimera différemment sa souffrance. Il existe une idée reçue selon laquelle les maladies d'enfant que l'on fait adulte sont plus pénibles. Si les complications peuvent être plus nombreuses, l'inconfort ressenti, probablement semblable pour tous, se manifeste certainement de manière très diverse selon l'âge.

## 6. CONCLUSION

Sur l'ensemble des consultations observées en pratique ambulatoire, dans les cantons de Vaud et de Fribourg en février-mars 1987, 31 % sont motivées par une douleur. Ce chiffre confirme les résultats trouvés précédemment (10). Une étude faite en Angleterre sur la douleur en pratique générale (52) mentionne une fréquence deux fois supérieure, mais le recrutement des médecins n'est pas comparable. Les douleurs les plus fréquentes sont celles de la tête et du cou et celles des membres inférieurs. Cette répartition confirme néanmoins les données relevées lors du travail anglais (52). On trouve le plus de problèmes chroniques pour les douleurs des membres inférieurs et pour les dorsalgies.

Cette enquête sur la pratique médicale ambulatoire peut être comparée à une photographie, effectuée à un instant et en un lieu donné. L'angle de la prise de vue, l'intensité des couleurs peuvent donner de la même réalité une image très différente. Ainsi, dans une autre culture, dans un autre temps, cette image serait autre: les mêmes troubles, les mêmes douleurs se répartiraient autrement, seraient classifiés différemment.

Toutes les douleurs ressenties ne motivent pas forcément une consultation. Une étude sur la prévalence des douleurs au sein de la population a montré que les deux tiers des personnes concernées n'ont pas recours au médecin (95). Pour les céphalées, il est probable qu'une grande partie des patients s'automédiquent. Les douleurs "sélectionnées" par notre enquête peuvent paraître relativement mineures, en termes de gravité, puisqu'elles concernent seulement des consultations ambulatoires. Si elles ne sont pas un reflet exact de l'ensemble des pathologies vécues par nous tous, il faut garder à l'esprit que la médecine ambulatoire rend compte de la plus grande partie des soins fournis à la population.

Enfin, dans la perspective des études futures, il serait utile d'en savoir plus sur le patient et son niveau socio-économique et ses origines culturelles notamment, ainsi que de trouver des outils permettant un suivi de sa trajectoire personnelle. Il faudrait également pouvoir entendre sa voix et connaître les critères déterminant le choix de son médecin et son degré de satisfaction quant aux prestations fournies.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Hausser D, Jeangros C, Lehmann Ph, Martin J.: *Pratique médicale ambulatoire* 1987. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989. (Cahiers de recherches et de documentation, 46).
2. Cypress BK.: Headache as the reason for Office visits. The National Ambulatory Medical Care Survey, United States, 1977-78. Hyattsville, Md., National Center for Health Statistics, 1981. (Advancedata 67)(DHHS Publication No.(PHS) 81-1250).
3. Cypress BK.: Patients' reasons for visiting physicians. The National Ambulatory Medical Care Survey, United States, 1977-78. Hyattsville, Md., National Center for Health Statistics, 1981. (Vital and health statistics, serie 13, no 56)(DHHS Publication No.(PHS)82-1717).
4. Koch H.: The management of chronic pain in Office-based Ambulatory Care. The National Ambulatory Medical Care Survey, United States, 1977-1978. Hyattsville, Md., National Center for Health Statistics, 1986. (Advancedata 123) (DHHS Publication No.(PHS)86-1250).
5. McLemore T, DeLozier J.: 1985 Summary:National Ambulatory Medical Care Survey, United States. Hyattsville, Md., National Center for Health Statistics, 1987. (Advancedata 128)(DHHS Publication No.(PHS)87-1250).
6. Abelin T, Froescher R.: Eine Studie ueber Befunde in der aerzlichen Praxis in der Schweiz. *Soz Praventivmed* 1979; 24:240-242.
7. Pult G, Kleiber H, Paccaud F.: L'activité des médecins en pratique ambulatoire: méthode d'une enquête, taux de réponse, volume de consultation. *Schweizerische Aerztezeitung* 1981; 62:1603-1608.
8. Martin J, Demierre G, Lehmann P, Paccaud F.: Une vue globale du secteur ambulatoire: étude structurelle et fonctionnelle dans les cantons de Vaud et Fribourg. *Soz Praventivmed* 1981; 26:38-44.
9. Martin J.: Prestations de soins ambulatoires(PNR8). *Soz Praventivmed* 1982; 27:275-323.
10. Eggimann B, Lehmann P.: Motifs de consultations en médecine ambulatoire: résultats d'une enquête auprès des praticiens. *Soz Praventivmed* 1985; 30:235-236.
11. Poole AD, Sanson-Fisher RW.: Understanding the patient, a neglected aspect of medical education. *Soc Sci Med* 1979; 13A:37-43.

12. Illich I.: L'aliénation de la douleur. In: *Némésis médicale: l'expropriation de la santé*. Paris, Seuil, 1975.
13. Peter JP.: Apories de la douleur. *Sciences Sociales et Santé*, 1989, VII(no 2):35-41.
14. Mazars G.: *L'homme sans douleurs*. Paris, Calmann-Lévy, 1988.
15. Melzack R, Patrick D.: *Le défi de la douleur*. Paris, Maloine, 1982.
16. Bates MA.: Ethnicity and pain: a biocultural model. *Soc Sci Med* 1987; 24:47-50.
17. Petri A.: *Individuality in pain and suffering*. Chicago, University of Chicago Press, 1967.
18. Engel GL.: "Psychogenic" pain and the pain-prone patient. *Am J Med* 1959; 26:899-918.
19. Edwards PW, Zeichner A, Kuczmierczyk AR, Boczkowski J.: Familial pain models: the relationship between family history of pain and current pain experience. *Pain* 1985; 21:379-384.
20. Szasz TS.: *Douleur et plaisir*. Paris, Payot, 1986.
21. Maclay I.: The "functional" medical outpatient. *Br J Psychol* 1965; 3:34-38.
22. Gilliéron E, Guex P, Piolino P, Baillif JP.: Aspects psychologiques de la consultation médicale: étude prospective de 385 cas (1976-1980). *Psychol Med* 1982; 14:2127-2130.
23. Bovier P.: Douleur chronique et psychiatrie. *Med Hyg* 1984; 42:3373-3377.
24. Merskey H: Pain and personality. In: Sternbach RA, ed: *The psychology of pain*. New York, Raven Press, 1978; 111-127.
25. Von Knorring L, Perris C, Eisemann M, Eriksson U, Perris H.: Pain as a symptom in depressive disorders II. Relationship to personality traits as assessed by means of KSP. *Pain* 1983; 17:377-384.
26. Fordyce WE.: Learning processes in pain. In: Sternbach RA, ed: *The psychology of pain*. New York, Raven Press, 1978; 49-72.
27. Helman C.: *Culture, health and illness*. Bristol, Wright, 1984.
28. Mechanic D.: Social psychologic factors affecting the presentation of bodily complaints. *N Engl J Med* 1972, 286:1132-1139.
29. Zola IK.: Culture and symptoms, an analysis of patients'presenting complaints. *Am Sociol Rev* 1966; 31:615-630.

30. Ingham JG, Miller P.: Symptom prevalence and severity in a general practice population. *J Epidemiol Community Health* 1979; 33:191-198.
31. Aiach P, Leclerc A, Philippe A.: Facteurs de différenciation dans la déclaration de symptômes. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1981; 29:27-44.
32. Briscoe ME.: Why do people go to the doctor? Sex differences in the correlates of GP consultation. *Soc Sci Med* 1987; 25:507-513.
33. Boltanski L.: Les usages sociaux du corps. *Annales: Economies, Sociétés, Civilisations* (Paris) 1971; 26: 205-233.
34. Aiach P, Cebe D.: La perception dans les symptômes: variations dans les déclarations selon différentes procédures. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales* 1983; 23:3-27.
35. Beresford SAA, Waller JJ, Banks MH, Wale CJ.: Why do women consult doctors? Social factors and the use of the general practitioner. *Br J Prev Soc Med* 1977; 31:220-226.
36. Aiach P, Leclerc A, Philippe A.: Symptomatologie et recours au médecin: proposition pour une approche de la consommation médicale. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales* 1980; 20:173-181.
37. Morrell DC, Wale CJ.: Symptoms perceived and recorded by patients. *J Coll Gen Pract* 1976; 26:398-403.
38. Peter JP.: Silence et cris: la médecine devant la douleur ou histoire d'une éliasion. In: *La trahison*. Paris, Seuil, 1988: 177-194. (*Le Genre Humain*, 18).
39. Toellner R.: Die Umbewertung des Schmerzes im 17. Jahrhundert in ihren Vorraussetzungen und Folgen. *Med Hist* 1971; 6:36-44.
40. Descartes R.: *Discours de la Méthode*. Caen, Laurence Olivier Four, 1983.
41. Richet C.: Douleur: Dictionnaire de physiologie. Paris, Félix Alcan, 1902; 5:173-193.
42. Zborowski M.: Cultural components in responses to pain. *Journal of Social Issues* 1952; 8:16-30.
43. Wolff BB, Langley S.: Cultural factors and the responses to pain. In: Landy D, ed: *Culture, disease and healing: studies in medical anthropology*. New York, Macmillan, 1977; 313-319.
44. De Montmollin M. : Libération de la douleur et destruction du mal: reflets iconographiques tirés du bouddhisme tibétain. In: *Le mal et la douleur*. Neuchâtel, Musée d'Ethnographie, 1986.



45. Procacci P, Maresca M.: A philological study on some words concerning pain. *Pain* 1985; 22:201-203.
46. Fabrega H, Tyma S.: Language and cultural influences in the description of pain. *Br J Med Psychol* 1976; 49:349-371.
47. Balint M.: *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris, Presses universitaires de France, 1960.
48. Klein RF, Brown W.: Pain descriptions in the medical setting. *J Psychosom Res* 1967; 10:367-372.
49. Guex P.: La douleur prétexte. In: *Le mal et la douleur*. Neuchâtel, Musée d'Ethnographie, 1986.
50. Guex P.: Douleur chronique et relation médecin-malade: la fonction du symptôme douleur. *Rev Med Suisse Romande* 1986; 106:1031-1034.
51. Sommer JH, Gutzwiller F.: Economie et efficacité du système suisse de santé: résultats du Programme National de Recherche No 8. Berne, H. Huber, 1986: 34-51, 138-146.
52. Baker JW, Merskey H.: Pain in general practice. *J Psychosom Res* 1967; 10:383-387.
53. Mumenthaler M, Regli F.: *Céphalées*. Bâle, Sandoz, 1980.
54. Regli F, Exhenry C.: Etiologie et fréquence des céphalées: analyse de 411 patients ambulatoires. *Med Hyg* 1988; 46:2784-2790.
55. Nick J.: Classification, étiologie et fréquence relative des céphalées: à propos d'une série de 2350 cas. *Presse Med* 1968; 76:359-362.
56. Guillard A, Guillard O.: Les céphalées d'origine psychique. *Revue du Praticien* 1984; 34:711-718.
57. Friedman AP, Finley KH, Graham JR, Kunkle CE, Ostfield MO, Wolff HG.: Classification of headache: special Report of the Ad Hoc Committee. *Arch Neurol* 1962; 6:1-173.
58. Toomey TC, Gover VF, Jones BN.: Site of pain: relationship to measures of pain description, behavior and personality. *Pain* 1984; 19:389-397.
59. Lehmann P, Abelin T.: Les dorsalgies en médecine ambulatoire. *Med Hyg* 1986; 44:376-381.
60. Cypress BK.: Characteristics of physician visits for back symptoms: a national perspective. *Am J Public Health* 1983; 73:389-395.

61. Royal College of General Practitioners: Morbidity statistics from general practice. 1971-1972, second national study. Studies on medical and population subjects. London: Her Majesty's Stationery Office, 1979.
62. Bucquet D, Colvez A.: Les sciatiques et autres affections vertébrales basses en médecine libérale: ampleur du phénomène et attitudes thérapeutiques. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1985; 33:1-8.
63. Kelsey JL, White AA.: Epidemiology and impact of low-back pain. *Spine* 1980; 5:133-142.
64. Wells N.: Back pain. London, Office of Health Economics, 1985 (Studies of Current Health Problems no78).
65. Chavance M, Cassou B.: Epidémiologie de la lombalgie commune. *Med Hyg* 1983; 41:1112-1118.
66. Lawrence JS.: Disc degeneration: its frequency and relationship to symptoms. *Ann Rheum Dis* 1969; 28:121-138.
67. Nagi SZ, Riley LE, Newby LG.: A social epidemiology of back pain in a general population. *J Chronic Dis* 1973; 26:769-779.
68. Dixon A.: Diagnosis of low back pain: sorting the complainers: the lumbar spine and back pain. London, Jayson, Pitman, 1980.
69. Rowe ML.: Low-back pain in industry. *J Occup Med* 1969; 11:161-169.
70. Vingerhoets F, Guex P, Regli F.: Les lombalgies chroniques vues à la consultation de la douleur. *Med Hyg* 1989; 47:2941-2944.
71. Verbrugge LM, Steiner RP.: Physician treatment of men and women patients, sex bias or appropriate care? *Med Care* 1981; 19:609-632.
72. Kelsey JC.: An epidemiological study of the relationship between occupations and acute herniated lumbar intervertebral discs. *Int J Epidemiol* 1975; 4:197-205.
73. Bergquist-Ullman M, Larsson U.: Acute low back pain in industry. *Acta Orthop Scand Suppl* 1977; 170 :1-117.
74. Archinard M.: Lombalgies chroniques: approches psychosomatiques. *Med Hyg* 1989; 47:2936-2940.
75. Reisbord LS, Greenland S.: Factors associated with self-reported back-pain prevalence: a population-based study. *J Chronic Dis* 1985; 38:691-702.
76. Turk DC, Flor H.: Etiological theories and treatments for chronic low back pain. II: Psychological models and interventions. *Pain* 1984; 19:209-233.

77. Flor H, Turk DC.: Etiological theories and treatments for chronic back pain. I: Somatic models and interventions. *Pain* 1984; 19:105-121.
78. Crown S.: Psychological aspects of low back pain. *Rheumatol Rehabil* 1978; 17:114-124.
79. Joukamaa M.: Psychological factors in low back pain. *Ann Clin Res* 1987; 19:129-134.
80. Sternback RA, Wolf SR, Murphy RW, Akeson WH.: Traits of pain patients: the low-back "loser". *Psychosomatics* 1973; 14:226-229.
81. Mustaki JP.: La consultation pluridisciplinaire de la douleur au CHUV. *Rev Med Suisse Romande* 1986; 106:1023-1030.
82. Forrest AJ, Wolkind SN.: Masked depression in men with low back pain. *Rheumatol Rehabil* 1974; 13:148-151.
83. Leavitt F, Garron DC.: Patterns of psychological disturbance and pain report in patients with low back pain. *J Psychosom Res* 1982; 26:301-307.
84. Gilliéron E, Dorsaz G.: Lombalgies: aspects psychologiques. *Rev Med Suisse Romande* 1985; 105:511-520.
85. Leavitt F, Garron DC.: The detection of psychological disturbance in patients with low back pain. *J Psychosom Res* 1979; 23:149-154.
86. Oostdam EMM, Duivenvoorden HJ.: Description of pain and the relationship with psychological factors in patients with low back pain. *Pain* 1987; 28:357-364.
87. Nachemson A.: Pathomechanics and treatment of low back pain and sciatica. In: Stan M, Boas R, ed: *Chronic low back pain*. New York, Raven Press, 1982; 59-70.
88. Adelman A.: Abdominal pain in the primary care setting. *J Fam Pract* 1987; 25:27-32.
89. Sarfeh II.: Abdominal pain of unknown etiology. *Am J Surg* 1976; 132:22-25.
90. Minvielle D, Jouglu E, Diaz-Valdes R, Magnin P.: Morbidity digestive et recours aux soins: étude de la prévalence des symptômes déclarés et du recours aux soins dans un département français. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1979; 27:101-119.
91. Brewer RJ, Golden GT, Hitch DC.: Abdominal pain: an analysis of 1000 consecutive cases in a university hospital emergency room. *Am J Surg* 1976; 131:219-223.
92. Marton KI, Sox HC, Wasson J, Duisenberg CE.: The clinical value of the upper gastrointestinal tract roentgenogram series. *Arch Intern Med* 1980; 140:191-195.
93. Drossman DA.: Patients with psychogenic abdominal pain: ten years observation in the medical setting. *Am J Psychiatry* 1982; 139:1549-1557.

94. Guidevaux M, Colvez A, Michel E, Hatton F.: Les malades en médecine libérale, qui sont-ils? De quoi souffrent-ils? Le Vésinet, INSERM, Unité de recherche sur l'évaluation de l'état de santé et des systèmes de soin et de prévention, 1978.
95. Crook J, Rideout E, Browne G.: The prevalence of pain complaints in a general population. *Pain* 1984; 18:299-314.

## ANNEXE A

## Fiche de saisie de l'étude PMA (échantillon)

Recherche sur la pratique de la médecine de cabinet <small>Prière de remplir une formule pour chaque 7<sup>e</sup> patient</small>			Recherche Pratique Médicale Ambulatoire (PMA) Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Bugnon 17, 1005 LAUSANNE, 021 41 28 68		1987										
Numéro d'identification <b>N° 27832</b>	1. Date de la consultation	2. Sexe du patient <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	3. Année de naissance	4. Commune de domicile											
5. Principaux motifs/troubles/symptômes/plaintes au moment de la consultation actuelle (Tels que les expose le patient) a. le plus important _____ b. autres _____ _____ _____			6. Avez-vous déjà vu le patient auparavant? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non S'agit-il de: <input type="checkbox"/> première consultation pour le problème présenté <input type="checkbox"/> suite de traitement d'une affection aiguë <input type="checkbox"/> problème chronique / traitement à long terme												
			7. Forme de consultation <input type="checkbox"/> au cabinet médical <input type="checkbox"/> visite à domicile <input type="checkbox"/> visite à établissement médico-social <input type="checkbox"/> consult. par téléphone	8. S'agit-il d'un cas d'urgence? Selon l'avis du patient <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Selon l'avis du médecin <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	9. Pour cette consultation, le patient est-il: <input type="checkbox"/> venu de lui-même <input type="checkbox"/> reconvoqué <input type="checkbox"/> envoyé par un autre médecin <input type="checkbox"/> envoyé par hôpital <input type="checkbox"/> motif admin. (certificat p. ex.)										
10. Traitements et prestations à cette consultation, ou en rapport avec elle (prière de marquer d'une croix chaque prestation) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> anamnèse  <input type="checkbox"/> complément d'anamnèse              <input type="checkbox"/> général              <input type="checkbox"/> d'un système local  <input type="checkbox"/> mesure de la pression sanguine  <input type="checkbox"/> mesure de la fonction pulmonaire  <input type="checkbox"/> test d'effort               </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> injection, sauf vaccination  <input type="checkbox"/> vaccination  <input type="checkbox"/> ordonnance/prescription de médicaments  <input type="checkbox"/> entretien/conseils médicaux  <input type="checkbox"/> psychothérapie/écoute thérapeutique  <input type="checkbox"/> check-up/examen préventif  <input type="checkbox"/> certificat médical               </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> ECG  <input type="checkbox"/> examen radiologique  <input type="checkbox"/> prise de matériel pour examen (sang, urine, biopsie,...)  <input type="checkbox"/> intervention chirurgicale, laquelle? _____               </div> <div style="width: 45%;"> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th colspan="2">actes effectués</th> </tr> <tr> <th>à votre cabinet</th> <th>ailleurs</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> physiothérapie  <input type="checkbox"/> autre prestation, laquelle? _____           </div>			actes effectués		à votre cabinet	ailleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Diagnostic principal du médecin en rapport avec les symptômes/les troubles signalés dans la question 5 _____ <input type="checkbox"/> diagn. certain <input type="checkbox"/> diagn. douteux autres diagnostics, classés par ordre d'importance _____ _____		
			actes effectués												
à votre cabinet	ailleurs														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
12. Mesures prises à la fin de cette consultation (svp marquer d'une croix tout ce qui est prévu) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> pas de contrôle  <input type="checkbox"/> contrôle  <input type="checkbox"/> prise de contact, tél.  <input type="checkbox"/> transfert à un autre médecin  <input type="checkbox"/> transfert à une instance non médicale  <input type="checkbox"/> retour au premier médecin traitant  <input type="checkbox"/> hospitalisation  <input type="checkbox"/> autres mesures, lesquelles? _____               </div> <div style="width: 45%;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div>               ds _____ jours                _____ semaines             </div> </div> </div> </div>															
13. Durée de la présente consultation _____ minutes															

## ANNEXE B

### Classification ICHPPC-2

#### 1. Maladies infectieuses et parasitaires

position	code	titre
1	008	AFFECTION INTESTINALE PROUVEE
2	009	INFECTION INTESTINALE PRESUMEE INFECTIEUSE
4	011	TUBERCULOSE
5	5119	EPANCHEMENT PLEURAL
6	033	COQUELUCHE
7	034	ANGINE A STREPTOCOQUES, SCARLATINE, ERYSIPELE
8	045	POLIOMYELITE ET MALADIES DU SN A ENTEROVIRUS
9	052	VARICELLE
10	053	ZONA
11	054	HERPES SIMPLEX
12	055	ROUGEOLE
13	056	RUBEOLE
14	057	AUTRES EXANTHEMES D'ORIGINE VIRALE
15	070	HEPATITE VIRALE
16	072	OREILLONS
17	075	MONONUCLEOSE INFECTIEUSE
18	077	CONJONCTIVITE VIRALE
19	0781	VERRUES, TOUTES LOCALISATIONS
20	0799	INFECTION VIRALE,SAI
21	084	PALUDISME
22	090	SYPHILIS, TOUTES LOCALISATIONS ET TOUS STADES
23	098	GONORRHEE, TOUTES LOCALISATIONS
372	0994	URETRITE NON SPECIFIQUE
24	110	DERMATOPHYTOSE ET DERMATOMYCOSE
25	112	CANDIDOSE, SAUF UROGENITALE
26	1121	CANDIDOSE UROGENITALE, PROUVEE
27	1310	TRICHOMONASE UROGENITALE, PROUVEE
28	127	OXYUROSE, HELMINTHIASE, NCA
29	132	PEDICULOSE ET AUTRES INFESTATIONS (PARASITOSE)
30	133	GALE ET AUTRES ACARIOSES
31	136	AUTRES MALADIES INFECTIEUSES/PARASITAIRES NCA

#### 2. Tumeurs

##### a) tumeurs malignes

32	151	TUMEUR MALIGNE DU TUBE DIGESTIF
----	-----	---------------------------------

- 33 162 TUMEUR MALIGNE DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
- 34 173 TUMEUR MALIGNE DE LA PEAU ET  
DU TISSU SOUS-CUTANE
- 35 174 TUMEUR MALIGNE DU SEIN
- 36 180 TUMEUR MALIGNE DES ORGANES GENITAUX FEMININS
- 37 188 TUMEUR MALIGNE DU SYSTEME URINAIRE ET DES  
ORGANES GENITAUX MALES
- 38 201 MALADIE DE HODGKIN, LYMPHOME, LEUCEMIE
- 39 199 AUTRES TUMEURS MALIGNES, NCA

**b) tumeurs bénignes**

- 40 214 LIPOME, TOUTES LOCALISATIONS
- 41 216 TUMEUR BENIGNE DE LA PEAU
- 42 217 TUMEUR BENIGNE DU SEIN
- 43 218 TUMEUR BENIGNE DE L'UTERUS
- 44 228 HEMANGIOME ET LYMPHANGIOME
- 45 229 AUTRES TUMEURS BENIGNES NCA

**c) tumeurs au caractère non-spécifié**

- 46 239 TUMEURS NON ENCORE DIAGNOSTIQUEES COMME  
BENIGNES OU MALIGNES

**3. Maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme et troubles immunitaires**

- 47 240 GOITRE ET NODULE THYROIDIEN NON TOXIQUE
- 48 242 THYREOTOXICOSE AVEC OU SANS GOITRE
- 49 244 HYPOTHYROIDIE, MYXOEDEME, CREPINISME
- 50 250 DIABETE SUCRE
- 51 7902 TEST SANGUIN DE LABORATOIRE PATHOLOGIQUE ET  
NON EXPLIQUE
- 52 260 AVITAMINOSE ET TROUBLES NUTRITIONNELS, NCA
- 53 7833 TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE, BEBE ET  
VIEILLARD
- 54 274 GOUTTE
- 55 278 OBESITE
- 56 272 TROUBLES DU METABOLISME LIPIDIQUE
- 57 279 AUTRES TROUBLES ENDOCRINIENS, NUTRITIONNELS  
OU METABOLIQUES

**4. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques**

- 58 280 ANEMIE FERRIPRIVE
- 59 281 ANEMIE PERNICIEUSE ET AUTRES ANEMIES  
CARENTIELLES
- 60 282 ANEMIE HEMOLYTIQUE HEREDITAIRE
- 61 285 ANEMIE, AUTRE/NON PRECISEE
- 62 287 PURPURA ET TROUBLES DE LA CRASE
- 63 2891 LYMPHADENITE, CHRONIQUE/NON SPECIFIQUE
- 64 288 LEUCOCYTOSE, LEUCOPENIE
- 65 2899 AUTRES TROUBLES HEMATOLOGIQUES/DES ORGANES  
HEMATOPOIETIQUES

## 5. Troubles mentaux

### a) psychoses (excepté psychoses alcooliques)

- 66 294 PSYCHOSE ORGANIQUE, SAUF ALCOOLIQUE
- 67 295 SCHIZOPHRENIE, TOUS TYPES
- 68 296 PSYCHOSES AFFECTIVES
- 69 298 PSYCHOSES, AUTRES/SAI SAUF ALCOOLIQUE

### b) troubles "névrotiques"

- 70 3000 TROUBLES ANXIEUX, ETATS ANXIEUX
- 71 3001 TROUBLES HYSTERIQUES ET HYPOCHONDRIQUES
- 72 3004 DEPRESSION
- 73 3009 TROUBLES NEVROTiques, AUTRES/NON PRECISES

### c) autres troubles mentaux

- 74 315 TROUBLE SPECIFIQUES D'APPRENTISSAGE
- 75 3074 INSOMNIE ET TROUBLES DU SOMMEIL
- 76 3078 CEPHALEE TENSIONNELLE
- 77 308 SITUATION PSYCHOLOGIQUE DE CRISE
- 78 312 TROUBLES DU COMPORTEMENT, NCA
- 79 3027 TROUBLES SEXUELS
- 80 3031 ABUS D'ALCOOL ET PSYCHOSES ALCOOLiques
- 81 3050 INTOXICATION ALCOOLIQUE AIGUE
- 82 3051 ABUS DE TABAC
- 83 3048 ABUS ET DEPENDANCE A D'AUTRES DROGUES
- 84 301 TROUBLES CARACTERIELS ET TROUBLES DE LA PERSONNALITE
- 85 317 ARRIERATION MENTALE
- 86 316 AUTRES TROUBLES MENTAUX OU PSYCHOLOGiques

## 6. Maladies du système nerveux et des organes des sens

### a) maladies du système nerveux

- 87 340 SCLEROSE EN PLAQUES
- 88 332 MALADIE DE PARKINSON
- 89 345 EPILEPSIE, TOUS TYPES
- 90 346 MIGRAINE
- 91 355 AUTRES MALADIES DU SYSTEME NERVEUX

### b) maladies des yeux

- 92 3720 CONJONCTIVITE ET OPHTALMIE
- 93 3730 INFECTION DES PAUPIERES/CHALAZION
- 94 367 VICES DE REFRACTION
- 96 366 CATARACTE
- 97 365 GLAUCOME
- 98 369 CECITE
- 99 378 AUTRES MALADIES DES YEUX



**c) maladies des oreilles**

- 100 3801 OTITE EXTERNE
- 101 3820 OTITE MOYENNE AIGUE SUPPURATIVE
- 102 3811 OTITES MOYENNES AIGUES OU CHRONIQUES NON  
SUPPURATIVES
- 103 3815 OBSTRUCTION OU INFLAMMATION DE LA TROMPE  
D'EUSTACHE
- 104 386 SYNDROMES VERTIGINEUX
- 105 387 SURDITE, PARTIELLE OU COMPLETE
- 106 3804 BOUCHON DE CIRE DANS L'OREILLE
- 107 388 AUTRES MALADIES DE L'OREILLE OU DES  
CELLULES MASTOÏDIENNES

**7. Maladies de l'appareil circulatoire****a) maladies du coeur**

- 108 390 RHUMATISME POST STREPTOCOCCIQUE/ATTEINTE  
CARDIAQUE
- 109 410 INFARCTUS DU MYOCARDE AIGU, ANGOR INSTABLE
- 110 412 CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE CHRONIQUE
- 111 424 MALADIES VALVULAIRES DU COEUR NON  
RHUMATISMALE, SAI, ETIOLOGIE PAS  
ENCORE ECLAIRCIE
- 112 428 INSUFFISANCE CARDIAQUE, DROITE/GAUCHE
- 113 4273 FIBRILLATION OU FLUTTER AURICULAIRE
- 114 4270 TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE
- 115 4276 EXTRASYSTOLES, TOUS TYPES
- 116 7852 SOUFFLE CARDIAQUE, NCA, ETIOLOGIE PAS  
ENCORE ECLAIRCIE
- 117 416 COEUR PULMONAIRE (CHRONIQUE)
- 118 429 AUTRES MALADIES DU COEUR, NCA

**b) problèmes en rapport avec la pression artérielle**

- 119 7962 PRESSION ARTERIELLE ELEVEE
- 120 401 HYPERTENSION ARTERIELLE NON COMPLIQUEE

**c) maladies des vaisseaux**

- 121 402 HYPERTENSION ARTERIELLE AVEC COMPLICATIONS
- 123 435 ISCHEMIE CEREBRALE TRANSITOIRE
- 124 438 AUTRES MALADIES CEREBRO-VASCULAIRES
- 125 440 ARTERIOSCLEROSE, A L'EXCLUSION DU COEUR, DU  
CERVEAU, DES INTESTINS  
DES REINS ET DES POUMONS
- 126 443 AUTRES MALADIES ARTERIELLES, A L'EXCLUSION  
DES ANEURISMES
- 127 415 EMBOLIE OU INFARCTUS PULMONAIRE
- 128 451 PHLEBITE OU THROMBOPHLEBITE
- 129 454 VARICES DES MEMBRES INFERIEURS
- 130 455 HEMORROIDES

- 131 4580 HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE
- 132 459 AUTRES MALADIES DES VAISSEAUX PERIPHERIQUES

## 8. Maladies de l'appareil respiratoire

- 133 460 INFECTION AIGUE DES VOIES RESPIRATOIRES SUPERIEURES
- 134 461 SINUSITE AIGUE OU CHRONIQUE
- 135 463 AMYGDALITE, ANGINE, ABCES PERI-AMYGDALIEN NON STREPTOCOCCIQUE
- 136 474 HYPERTROPHIE DES AMYGDALES OU DES VEGETATIONS ADENOIDES
- 137 464 LARYNGITE OU TRACHEITE AIGUE
- 138 466 BRONCHITE OU BRONCHIOLITE AIGUE
- 139 487 GRIPPE
- 140 486 PNEUMONIE
- 141 5110 PLEURESIE, TOUS TYPES, EXCEPTES TUBERCULEUX
- 142 491 BRONCHITE CHRONIQUE OU BRONCHIECTASIE
- 143 492 EMPHYSEME, SYNDROME OBSTRUCTIF CHRONIQUE
- 144 493 ASTHME
- 145 477 RHUME DES FOINS
- 146 4781 FURONCLE INTRANASAL
- 147 519 AUTRES MALADIES DU SYSTEME RESPIRATOIRE

## 9. Maladie de l'appareil digestif

- 148 520 MALADIES DES DENTS ET DE LEURS STRUCTURES DE SOUTIEN
- 149 528 MALADIE DE LA BOUCHE, DE LA LANGUE ET DES GLANDES SALIVAIRES
- 150 530 MALADIES DE L'OE SOPHAGE
- 151 532 ULCERE DUODENAL AVEC OU SANS STENOSE
- 152 533 AUTRES ULCERES PEPTIQUES
- 153 536 AUTRES MALADIES DE L'ESTOMAC OU DU DUODENUM
- 154 540 APPENDICITE, TOUS TYPES
- 155 550 HERNIE INGUINALE AVEC OU SANS OCCLUSION
- 156 551 HERNIE HIATALE/HERNIE DIAPHRAGMATIQUE
- 157 553 AUTRES HERNIES
- 158 562 DIVERTICULOSE
- 159 558 COLON SPASTIQUE OU MALADIES INTESTINALES, NCA
- 160 555 ENTERITE CHRONIQUE, RECTO-COLITE ULCERO-HEMORRAGIQUE, MALADIE DE CROHN
- 161 5640 CONSTIPATION
- 162 565 FISSURE ANALE, FISTULE ANALE, ABCES PARA-ANAL
- 163 5646 PROCTITE, DOULEUR ANALE OU RECTALE, SAI
- 164 5693 RECTORRAGIE, SAI
- 276 578 HEMATEMESE, MELENA, HEMORRAGIE GASTRO-INTESTINALE
- 165 571 CIRRHOSE ET AUTRES MALADIES HEPATIQUES

- 166 574 MALADIES DE LA VESICULE ET DES VOIES BILIAIRES
- 167 579 AUTRES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF, NCA

## 10. Maladie des organes génito-urinaires

### a) maladies du système urinaire

- 168 580 GLOMERULONEPHRITE AIGUE OU CHRONIQUE
- 169 5901 PYELONEPHRITE ET PYELITE AIGUE
- 170 595 CYSTITE ET INFECTION URINAIRE, SAI
- 171 592 LITHIASSE URINAIRE, TOUS TYPES
- 172 597 URETRITE, SAI, NCA
- 173 5936 ALBUMINURIE ORTHOSTATIQUE
- 373 5997 HEMATURIE, SAI
- 174 598 AUTRES MALADIES DU SYSTEME URINAIRE

### b) maladies des organes génitaux masculins

- 175 600 MALADIE HYPERPLASIQUE DE LA PROSTATE
- 176 601 PROSTATITE ET INFLAMMATION DES VESICULES SEMINALES
- 177 603 HYDROCELE
- 178 604 ORCHITE ET EPIDIDYMITIS
- 179 605 HYPERTROPHIE DU PREPUCE, PHIMOSIS ET BALANITE
- 180 607 AUTRES MALADIES DES ORGANES GENITAUX MALES

### c) maladies des seins

- 181 610 MALADIE FIBRO-KYSTIQUE CHRONIQUE DU SEIN
- 182 611 AUTRES MALADIES DES SEINS

### d) maladies des organes génitaux féminins

- 183 614 INFLAMMATION DE L'UTERUS ET DES ANNEXES
- 184 622 CERVICITE ET EROSION CERVICALE
- 185 6161 VAGINITE, SAI, VULVITE
- 186 618 PROLAPSUS UTERO-VAGINAL
- 187 627 SYMPTOMES MENOPAUSIQUES ET SAIGNEMENTS POST-MENOPAUSIQUES
- 188 6254 SYNDROME DE TENSION PREMENSTRUEL
- 374 6250 VAGINISME NON PSYCHOLOGIQUE ET DYSPAREUNIE

### e) troubles des menstruations

- 189 6260 AMENORRHEE, HYPOMENORRHEE ET OLIGOMENORRHEE
- 190 6262 HYPERMENORRHEE
- 191 6253 ALGOMENORRHEE
- 193 6269 METRORRAGIE

194 629 AUTRES MALADIES DES ORGANES GENITAUX  
FEMININS

f) troubles de la fertilité

195 606 STERILITE ET HYPOFERTILITE

11. Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches

- 196 633 GROSSESSE EXTRA-UTERINE
- 197 640 SAIGNEMENTS EN COURS DE GROSSESSE
- 198 6466 INFECTION URINAIRE EN COURS DE GROSSESSE OU  
PENDANT LA PERIODE PUERPERALE
- 199 642 TOXEMIE GRAVIDIQUE
- 200 636 INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE
- 201 634 AVORTEMENT, SPONTANE ET SAI
- 202 648 AUTRES COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE
- 203 650 ACCOUCHEMENT NORMAL
- 204 661 ACCOUCHEMENT AVEC COMPLICATIONS
- 205 676 MASTITE ET TROUBLES DE LA LACTATION
- 206 670 AUTRES COMPLICATIONS DE LA PERIODE  
PUERPERALE

12. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané

- 207 680 FURONCLE ET CELLULITE INCLUANT LES PANARIS  
DES DOIGTS ET DES ORTEILS
- 209 683 LYMPHADENITE AIGUE
- 210 684 IMPETIGO
- 211 685 AUTRE INFECTION DE LA PEAU/DU TISSU SOUS  
CUTANE
- 212 690 DERMITE SEBORRHEIQUE
- 213 6918 ECZEMA ATOPIQUE
- 214 692 DERMITES DE CONTACTS ET AUTRES ECZEMA, NCA
- 215 6910 DERMITE DES LANGES
- 216 6963 PITYRIASIS ROSE
- 217 6961 PSORIASIS AVEC OU SANS ARTHROPATHIE
- 218 698 PRURIT ET SYMPTOMES APPARENTES
- 219 700 CORS ET CALLOSITES
- 220 7062 KYSTE SEBACE
- 221 703 ONGLE INCARNE ET MALADIES DE ONGLES, NCA
- 222 704 ALOPECIE ET AUTRES MALADIES DE CHEVEUX
- 223 705 DISHYDROSE ET MALADIES DES GLANDES  
SALIVAIRES, NCA
- 224 7061 ACNE
- 225 707 ULCERE DE PEAU CHRONIQUE
- 226 708 URTICAIRE
- 227 709 AUTRES MALADIES DE LA PEAU ET DU TISSU  
SOUS-CUTANE

### **13. Maladies du système ostéoarticulaire et du tissu conjonctif**

#### **a) arthrites / arthrose**

- 228 714 POLYARTHRITE RHUMATOIDE ET MALADIES APPARENTES
- 229 715 ARTHROSE ET MALADIES SIMILAIRES
- 230 7161 ARTHRITE TRAUMATIQUE
- 288 7194 ARTHRALGIE OU RAIDEUR ARTICULAIRE
- 289 7190 EPANCHEMENT ARTICULAIRE
- 231 725 ARTHRITE, NCA/MALADIES DU TISSU CONJONCTIF

#### **b) rhumatismes non-articulaires**

- 232 7260 SYNDROMES ARTICULAIRES DE L'EPAULE
- 233 7263 AUTRES BURSITES ET SYNOVITES
- 234 728 AUTRES RHUMATISMES NON-ARTICULAIRES
- 286 7295 DOULEURS ET AUTRES SYMPTOMES RELATIFS AUX MEMBRES

#### **c) syndromes en rapport avec la colonne vertébrale**

- 235 723 SYNDROMES ET MALADIES LIEES A LA COLONNE CERVICALE
- 237 721 ARTHROSE DE LA COLONNE VERTEBRALE
- 238 7242 DORSALGIE SANS IRRADIATION
- 239 7244 DORSALGIE AVEC IRRADIATION
- 240 737 DEFORMATIONS ACQUISES DE LA COLONNE VERTEBRALE

#### **d) autres maladies du système ostéoarticulaire et du tissu conjonctif**

- 241 7274 NODULE ARTICULAIRE OU TENDINEUX
- 242 732 OSTEOCHONDROSE
- 243 7330 OSTEOPOROSE
- 244 717 PATHOLOGIES CHRONIQUES DU GENOU
- 245 736 DEFORMATIONS ACQUISES DES MEMBRES
- 246 739 AUTRES MALADIES DU SYSTEME OSTEOARTICULAIRE ET DU TISSU CONJONCTIF

### **14. Anomalies congénitales**

- 247 746 MALFORMATION CONGENITALE DU COEUR OU DES VAISSEAUX
- 248 754 ANOMALIES CONGENITALES DES MEMBRES INFERIEURS
- 251 7436 IMPERFORATION DU CANAL LACRYMAL
- 252 758 AUTRES ANOMALIES CONGENITALES, NCA

### **15. Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale**

- 253 778 TOUS LES TROUBLES DE LA PERIODE PERINATALE

## 16. Symptômes, signes et états morbides mal définis

### a) système nerveux central et périphérique

- 254 7803 CONVULSIONS
- 255 7810 MOUVEMENTS INVOLONTAIRES ANORMAUX
- 256 7804 ETOURDISSEMENT, VERTIGE, FAIBLESSE
- 257 7845 PERTURBATION DE LA PAROLE
- 258 7840 CEPHALEE
- 259 7820 TROUBLES SENSITIFS, PARESTHESIES

### b) système cardio-vasculaire et lymphatique

- 262 7865 DOULEUR THORACIQUE
- 263 7851 PALPITATIONS
- 264 7802 SYNCOPE, EVANOUISSEMENT, AMAUROSE FUGACE
- 265 7823 OEDEME
- 266 7856 GANGLIONS LYMPHATIQUES HYPERTROPHIES, NON  
INFECTES

### c) système respiratoire

- 267 7847 EPISTAXIS
- 268 7863 HEMOPTYSIE
- 269 7860 DYSPNEE
- 270 7862 TOUX

### d) système digestif

- 273 7830 ANOREXIE
- 274 7870 NAUSEES/VOMISSEMENTS
- 275 7871 PYROSIS(BRULURE D'ESTOMAC)
- 277 7891 HEPATOMEGALIE/SPLENOMEGALIE
- 278 7873 GAZ(VENTS)
- 279 7890 DOULEUR ABDOMINALE

### e) système génito-urinaire

- 280 7881 DYSURIE
- 281 7883 ENURESIE, INCONTINENCE
- 283 7884 POLLAKIURIE, POLYURIE

### f) signes et symptômes généraux

- 290 7808 TRANSPIRATION EXCESSIVE, HYPERHYDROSE
- 291 7806 FIEVRE D'ORIGINE INCONNUE
- 292 7821 RASH ET AUTRE ERUPTIONS CUTANEEES NON  
SPECIFIQUES
- 293 7832 PERTE DE POIDS, CACHEXIE
- 294 7834 ABSENCE DE DEVELOPPEMENT PHYSIOLOGIQUE  
ATTENDU, MANQUE DE DEVELOPPEMENT
- 295 7807 MALAISE, ASTHENIE, FATIGUE, LASSITUDE
- 296 7822 MASSE, BOSSE, OU TUMEFACTION LOCALISEE,  
SAI/ORIGINE PAS ENCORE ECLAIRCIE

297 797 SENILITE, SANS PSYCHOSE

**g) résultats de laboratoire anormaux**

298 791 AUTRES ANALYSES D'URINE PATHOLOGIQUES, NCA

375 7900 AUTRES ANOMALIES HEMATOLOGIQUES, NCA

376 7950 FROTTIS CERVICAL ANORMAL NON SPECIFIQUE

299 793 AUTRES RESULTATS ANORMAUX INEXPLIQUES

**h) autres signes, symptômes ou conditions mal définis**

300 7889 TOUT AUTRES SIGNES, SYMPTOMES ET CONDITIONS  
MAL DEFINIS

**17. Lésions traumatiques et empoisonnements**

**a) fractures**

301 802 FRACTURE DU CRANE OU DU MASSIF FACIAL

302 805 FRACTURE DE LA COLONNE VERTEBRALE

303 807 FRACTURE DE COTE

304 810 FRACTURE DE LA CLAVICULE

305 812 FRACTURE DE L'HUMERUS

306 813 FRACTURE DU RADIUS/CUBITUS

307 814 FRACTURE DU (META)CARPE OU DU (META)TARSE

308 816 FRACTURE DES PHALANGES DU PIED/DE LA MAIN

309 820 FRACTURE DU FEMUR

310 823 FRACTURE DU TIBIA/PERONEE

311 829 FRACTURE, TOUT AUTRE LOCALISATION

**b) déchirures et subluxations**

312 836 ATTEINTE AIGUE D'UN MENISQUE DU GENOU

313 839 TOUT AUTRES DISLOCATIONS/SUBLUXATIONS

**c) entorses et élongations**

314 840 ENTORSE/ELONGATION DE L'EPAULE OU DU BRAS

315 842 ENTORSE/ELONGATION DU POIGNET, DE LA MAIN,  
DES DOIGTS

316 844 ENTORSE/ELONGATION DU GENOU

317 8450 ENTORSE/ELONGATION DE LA CHEVILLE

318 8451 ENTORSE/ELONGATION DU PIED ET DES ORTEILS

319 8470 DISTORSION DE LA NUQUE

320 8478 DISTORSION DE LA COLONNE VERTEBRALE  
A L'EXCLUSION DE LA COLONNE CERVICALE

321 848 ENTORSE/ELONGATION, TOUT AUTRES  
LOCALISATIONS

**d) autres traumatismes**

322 850 COMMOTION ET TRAUMATISME CRANIO-CEREBRAL

- 323 889 LACERATION, BLESSURE OUVERTE, AMPUTATION TRAUMATIQUE
- 325 910 PIQURES D'INSECTE
- 326 918 ABRASION, GRIFFURE, PHLYCTENE
- 327 929 ECCHYMOSE, CONTUSION, ECRASEMENT
- 328 949 BRULURES, TOUS DEGRES
- 329 912 CORPS ETRANGER INTRA-TISSULAIRE
- 330 930 CORPS ETRANGER DANS L'OEIL
- 331 939 CORPS ETRANGER AYANT PENETRE PAR UN ORIFICE NATUREL
- 332 908 SEQUELLE DE TRAUMATISME
- 333 959 AUTRES BLESSURES ET TRAUMATISMES

**e) réactions indésirables**

- 334 977 SURDOSE MEDICAMENTEUSE ACCIDENTELLE OU VOLONTAIRE
- 377 9952 REACTION INDESIRABLE A UN MEDICAMENT UTILISE A UNE POSOLOGIE ADEQUATE
- 335 989 REACTIONS INDESIRABLES D'AUTRES TOXIQUES
- 336 998 COMPLICATION D'UN TRAITEMENT CHIRURGICAL OU MEDICAL
- 337 994 LESIONS PAR AGENTS PHYSIQUES
- 378 9950 TOUTES AUTRES REACTIONS INDESIRABLES, NCA

**18. Classification supplémentaire**

**a) médecine préventive**

- 338 V70 EXAMEN MEDICAL
- 339 V01 TRAITEMENT DE PATIENT "CONTACT OU PORTEUR" (INFECT/PARASIT)
- 340 V03 VACCINATION
- 341 V14 OBSERVATIONS ET SOINS DE PATIENTS RECEVANT DES MEDICAMENTS POTENTIELLEMENT DANGEREUX
- 342 V10 SURVEILLANCE/SOINS DE TOUT AUTRES PATIENTS A HAUT RISQUE

**b) planning familial**

- 343 V252 STERILISATION, HOMME OU FEMME
- 344 V255 CONTRACEPTION ORALE
- 345 V251 POSE ET CONTROLE DE STERILET
- 346 V253 AUTRES METHODES CONTRACEPTIVES
- 347 V256 CONSEILS RELATIFS A LA CONTRACEPTION

**c) procédures administratives**

- 348 V680 LETTRES, RAPPORTS, ORDONNANCE SANS EXAMEN MEDICAL
- 349 V683 RENVOI DU PATIENT SANS EXAMEN MEDICAL OU ANAMNESE



**d) santé " mère-enfant"**

- 350 V223 DIAGNOSTIC DE GROSSESSE
- 351 V220 SOINS DU PREPARTUM
- 352 V24 SOINS DU POST PARTUM

**e) divers**

- 353 V50 INTERVENTION MEDICALE OU CHIRURGICALE SANS  
DIAGNOSTIC
- 354 V654 CONSEIL DE SANTE
- 355 V651 PROBLEMES EXTERIEURS AU PATIENT

**f) problèmes sociaux et familiaux**

- 356 V602 PROBLEME ECONOMIQUE
- 357 V600 PROBLEME DE LOGEMENT
- 358 V614 PROBLEME DE SOINS MEDICAUX
- 359 V611 PROBLEME DE COUPLE
- 360 V612 PROBLEME DES RELATIONS "PARENTS-ENFANTS"
- 361 V613 PROBLEMES EN RAPPORT AVEC UN PARENT AGE
- 362 V610 PROBLEME FAMILIAL AVEC OU SANS DIVORCE
- 363 V619 AUTRES PROBLEMES FAMILIAUX
- 364 V623 PROBLEME SCOLAIRE
- 365 V616 GROSSESSE HORS MARIAGE
- 366 V624 MAUVAISE INTEGRATION SOCIALE
- 367 V620 PROBLEME PROFESSIONNEL
- 368 V627 PROBLEME RELATIF A UNE PHASE PARTICULIERE  
DE L'EXISTENCE
- 370 V625 PROBLEME LEGAL
- 369 V629 AUTRES PROBLEMES SOCIAUX

**g) autres problèmes NCA**

- 371 V999 PROBLEMES, NCA DANS LES CODES 008 A V629
- 249 7525 CRYPTORCHIDIE

## ANNEXE C

### *Liste des mots clefs retenus exprimant une douleur*

Algie, céphalée, dolor, douleur, douloureux\*, dysurie (bien qu'au sens strict le mot indique une difficulté à la miction, le terme est fréquemment employé pour exprimer une douleur à la miction), lumbago, lombovertébral, mal, maux, radiculaire, sciatique, thoracodynie.

#### *1) Mots clefs pour sélectionner les douleurs de la tête et du cou*

Auriculaire, bouche, céphalée, cou, cran\*, dent\*, face, facial, front\*, gencive, gorge, incisive, joue, langue, lèvre, mâchoire, maxillaire, menton, molaire, névralgie, nez, occip\*, oculaire, od, oeil, og, orbit\*, oreille, otalgie, otite, palpébral, paupière, pharyn\*, pomette, pommette, sinus\*, tempe, temporal, tête, touss\*, toux, trachée, yeux, zygomatique.

#### *2) Mots clefs pour sélectionner les douleurs du dos et de la nuque*

\*cervical\*, coccy\*, colonne, dorsal\*, dos, lomb\*, lumbago, nuchal\*, nuch\*, nuqu\*, rachis\*, sacr\*, sciat\*, \*vertébr\*.

#### *3) Mots clefs pour sélectionner les douleurs du membre supérieur*

annulaire, avant-bras, biceps, brach\*, bras, clavicul\*, coude, cubit\*, doigt, épaule, épicondyl\*, index, main, majeur, médus, métacarpien\*, ms, msd, msg, olécran\*, omoplate, paume, \*phalange\*, poignet, pouce, pronation, radius, scaphoïde, scapulaire, supérieur, ulnaire

#### *4) Mots clefs pour sélectionner les douleurs du membre inférieur*

bassin, calcané\*, cheville, cox\*, cuisse, fémoral, fémur, fesse, genou\*, gonalgie, gonarthrose, hallux, hanche, inf, inférieur, jambe, malléol\*, marche, \*métatars\*, mi, mid, mig, moignon, mollet, orteil, pied, plantaire, poplité, quadriceps, rotul\*, talalgie, talon, tibia, trochanter\*, varic\*, variqueu\*.

#### *5) Mots clefs pour sélectionner les douleurs thoraciques*

aisselle, axillaire, \*cardia\*, coeur, costal, côte, mammaire, mastite, mastodynie, pectora\*, poitrine, poumon, précordial\*, pulmon\*, rétrosternal, respir\*, sein, \*stern\*, \*thora\*

**6) Mots clefs pour sélectionner les douleurs de l'abdomen et du système digestif**

abdom\*, aine, anal, anus, avalant, colique, côlon\*, digesti\*, épigast\*, estomac, fid, fig, flanc, foie, gastr\*, hépat\*, hypocondr\*, iliaque, illiaque, inguina\*, inquina\*, intestinal, nombril, odynophagie, oesophag\*, \*ombil, ombilical, stomac\*, ventre.

**7) Mots clefs pour sélectionner les douleurs génito-urinaires**

bourse, dysurie, épisio\*, génita\*, menstruelle, miction, ovaire, ovarien\*, pelvi\*, pénis, périné\*, prépuce, \*pubi\*, règle, rein, rénal, scrot\*, testicul\*, urin\*, utér\*, vagin\*, verge, vessie, vulv\*.

**8) Mots clefs pour sélectionner les douleurs généralisées**

arthralgies, articul\*, myalgie, partout, rhumatism\*, généralis\*.

**Remarque:**

Les mots ou chaînes de mots pouvant prêter à controverse ont été sélectionnés et vérifiés.

## CAHIERS DE RECHERCHES ET DE DOCUMENTATION

- 1 s.1 Paccaud F., Grimm R., Gutzwiller F. - Analyse de la dotation en lits par groupes diagnostiques : exemple du service d'obstétrique dans les hôpitaux de zone. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1985, 15 p.
- 1 s.2 Paccaud F., Grimm R., Gutzwiller F. - Projections de la dotation en lits par groupes diagnostiques et par classes d'âges : hôpitaux de zone, 1990-2010 (version provisoire). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1985, 41 p.  
(Remplacé par Cah Rech Doc IUMSP no 1 s.5)
- 1 s.3 Paccaud F., Eggimann B. - Groupes diagnostiques utilisés sur SIMULIT 13. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1985, 13 p.
- 1 s.4 Grimm R., Paccaud F. - SIMULIT. Un modèle de simulation pour l'analyse et la planification de l'activité hospitalière. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 15 p.
- 1 s.5 Paccaud F., Grimm R., Gutzwiller F. - Projections de l'utilisation des lits dans le canton de Vaud : hôpitaux de zone, 1990-2010. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 53 p.  
(Remplace Cah Rech Doc IUMSP no 1 s.2)
- 1 s.6 Paccaud F., Eggimann B. - Groupes diagnostiques utilisés sur SIMULIT 14 (adaptation CHUV, 1ère révision). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 12 p.
- 1 s.7 Grimm R., Koehn V., Paccaud F. - Projections de l'utilisation des lits dans le canton de Vaud : CHUV, 1990 - 2010. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 34 p.
- 1 s.8 Grimm R., Koehn V., Paccaud F. - SIMULIT : Description du modèle de simulation. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 12 p.
- 1 s.9 Grimm R., Koehn V. - SIMULIT : Manuel de l'utilisateur. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 48 p.
2. Eggimann B., Gutzwiller F. - Listériose : étude cas témoins en Suisse romande hiver 1984-85. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 15 p.
3. ROB 1. 2. 3. etc. (ROBETH) : Rapports techniques et documentation relatifs au progiciel d'analyse statistique robuste ROBETH-ROBSYS. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
4. Levi F. - Survie en cas de cancer dans le canton de Vaud. Rapport statistique descriptif. Cas incidents 1974-1980. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 67 p.
5. Paccaud F., Schenker L., Patel M., Grimm R. - Etude Case Mix : une étude intercantonale des clientèles hospitalières (protocole de l'étude). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 22 p.
6. Eggimann B., Paccaud F., Gutzwiller F. - Utilisation de la coronarographie dans la population résidente en Suisse. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 29 p.

7. Hausser D., Lehmann P., Gutzwiller F., Burnand B., Rickenbach M. - Evaluation de l'impact de la brochure tous ménages d'information sur le sida distribuée par l'OFSP. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 82 p.
8. Rickenbach M., Wietlisbach V., Berode M., Guillemin M. - La Plombémie en Suisse en 1985 : résultats de l'enquête MONICA pour les cantons de Vaud et Fribourg. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 26 p. + annexes.
9. Patel M., Burnand B., Rickenbach M., Hausser D., Gutzwiller F. - Modification du style de vie, une alternative au traitement pharmacologique lors d'hypertension modérée. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 28 p.
10. Chrzanowski R.S. - Microcomputer Model of Diffusion of New Medical Technologies. Project presented to the Faculty of the University of Texas Health Science Center at Houston, School of Public Health, in partial fulfillment of the requirements for the Degree of Master of Public Health. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 89 p. + annexes.
11. Scheder P.-A., Junod B. - Cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS) et types de boissons alcooliques. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 38 p.
12. Huguenin M., Paccaud F., Gutzwiller F. - Recensement des patients dans les hôpitaux, cliniques, établissements spécialisés et homes valaisans : résultats d'une enquête en 1985. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 83 p. + annexes.
13. Van der Loos M.C. - Prévention de l'ostéoporose post-ménopausique par l'hormonothérapie substitutive : éléments d'analyse coût-bénéfice. (Th. Méd. Lausanne. 1986). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 127 p.
14. Eggli Y., Grimm R., Paccaud F. - Transcodage des codes opératoires et diagnostiques VESKA (Version 1979) en codes ICD-9-CM. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 53 p.
15. Gutzwiller F., Glasser J.H., Chrzanowski R., Paccaud F., Patel M. (Eds.) - Evaluation des technologies médicales. Assessment of medical technologies. Travaux présentés pendant le Congrès TEKMED 87. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 165 p.
- 16s.1 Lehmann P., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Protocole d'évaluation de la campagne de lutte contre le sida de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). 1987-1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 20 p. + annexes.
- 16s.2 Lehmann P., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Evaluation de la campagne de lutte contre le sida de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). 1987-1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 102 p.
17. Dubois-Arber F., Paccaud F., Gutzwiller F. - Epidémiologie de la stérilité. Démographie de la fécondité en Suisse. Revue des enquêtes de prévalence publiées. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 42 p.
18. Scheder P.-A. - Des usagers de médecines alternatives racontent (itinéraires thérapeutiques et conception de la santé). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 45 p.
19. Hausser D., Lehmann P., Dubois F., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le sida en Suisse. (Rapport intermédiaire, juillet 1987). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 39 p.

20. Eggli Y., Grimm R., Paccaud F. - Table de transcodage des diagnostics : VESKA (version 1979) - ICD-9-CM. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 104 p.
21. Eggli Y., Grimm R., Paccaud F. - Table de transcodage des opérations : VESKA (version 1979) - ICD-9-CM. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 66 p.
22. Eggli Y., Grimm R., Paccaud F. - Adaptation du "Grouper" aux statistiques médicales VESKA (1980-1986). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 9 p.
23. Hausser D., Lehmann P., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le sida en Suisse. Décembre 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 96 p.
- 23.1 Zeugin P. - Kampagne zur AIDS-Prävention : repräsentative Befragung bei Personen zwischen 17 und 30 Jahren zur Kondom-Benützung (Erst- und Zweitbefragung). November 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 60 p.
- 23.4 Schröder I., Mathey M.-C. - Befragung von Berufsschülern, Arbeitsgemeinschaft für Sozialforschung, Zürich. November 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 62 p.
- 23.5 Masur J.-B. - Evaluation des campagnes de prévention contre le sida en Suisse. Rapport de l'étude du groupe : Dragueurs(euses). Novembre 1987. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 105 p.
- 23.6 Dubois-Arber F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le sida en Suisse. Rapport de l'étude : les homosexuels. Novembre 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 25 p.
- 23.7 Wülser H., Duvanel B. - Evaluation des campagnes de prévention contre le sida en Suisse. Rapport de l'étude : les toxicomanes. Novembre 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 26 p.
- 23.9 Dubois-Arber F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le sida en Suisse. Rapport sur la vente de préservatifs. Novembre 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 7 p.
- 23.10 Schröder I., Mathey M.-C. - Die Präventionskampagne STOP AIDS des Bundesamtes für Gesundheitswesen und der AIDS Hilfe Schweiz im Spiegel der Schweizer Presse : Analyse der Medienreporte. November 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 106 p.
- 23.11 Mathey M.-C., Schröder I. - Kantonale Aktivitäten der Aidsprävention. November 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 52 p.
- 23.12 Zeugin P. - Kampagne zur Aids-Prävention : Befragung von informellen Meinungsbildnern. November 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 75 p.
24. Rohrer M.H. - La prévalence des douleurs du dos et de ses facteurs de risque chez les citoyens suisses convoqués à leur recrutement en Suisse romande en 1985. (Th. Méd. Lausanne, 1988). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 51 p.

25. Grimm R., Eggli Y., Koehn V. - Programmes informatiques permettant l'adaptation des DRG aux statistiques médicales VESKA. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 19 p.
26. Klinke S., Paccaud F. - Sondage pilote concernant la fréquentation d'une unité mobile de mammographie (projet de rapport). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 8 p.
27. Lehmann P., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Protocole scientifique et programme de travail pour l'exercice avril 1988 - mars 1989 de l'évaluation des campagnes suisses de lutte contre le sida. Juillet 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 56 p.
28. Dubois-Arber F., Lehmann P., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention du sida en Suisse. Rapport intermédiaire. Juillet 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 28 p.
29. Trisconi Y. - Etude de validation du "Michigan Alcoholism Screening Test" (MAST) en langue française. (Th. Méd. Lausanne, 1988). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 43 p.
30. Koehn V., Eggli Y., Grimm R., Paccaud F. - Définition des groupes cliniques utilisés sur SIMULIT 15. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 18 p.
31. Patel M., Blanc T., Schenker L. - Méthodologie pour le calcul des coûts par DRG (Juin 1987). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 21 p. + annexes.
32. Santos-Eggiman B., Paccaud F. - Mortinatalité, mortalité infantile et hospitalisations pédiatriques dans le canton de Vaud. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 36 p. + annexe.
33. Fekete A., Eggli Y., Paccaud F. - Complément de table de transcodage des opérations : VESKA (version 1986) - ICD-9-CM. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 24 p.
34. Eggli Y., Koehn V., Paccaud F. - Distributions des durées de séjour par Diagnosis Related Groups. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 117 p.
35. Eggli Y., Jacquier M., Schenker L. - Pratiques comptables des hôpitaux et faisabilité d'un calcul de coûts basés sur les Diagnosis Related Groups. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 51 p.
36. Equipe Case Mix. - Liste des Diagnosis Related Groups et hiérarchie des interventions chirurgicales par MDC. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 22 p.
37. Santos-Eggimann B., Paccaud F. - Mortinatalité et mortalité infantile dans le canton du Valais. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 27 p.
38. Hausser D. - Protéger la main au travail : une exposition itinérante ou l'utilisation d'un moyen de communication dans les actions de prévention (Th. Méd. Lausanne, 1987). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 74 p.
39. Dubois-Arber F., Lehmann P., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention du sida en Suisse, sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. (Deuxième rapport de synthèse). Décembre 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 103 p.

- 39a. Dubois-Arber F., Lehmann P., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation der AIDS-Präventions-Kampagnen in der Schweiz Zweiter zusammenfassender Bericht. Dezember 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 106 p.
- 39b. Dubois-Arber F., Lehmann P., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation of the Swiss Preventive Campaigns against AIDS (Second Assessment Report) December 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 49 p.
- 39.4 Resplendino J. - La "zone". Rapport final 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 83 p.
- 39.5 Fleury F. - Les migrants. Rapport final 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 85 p.
- 39.6 Dubois-Arber F., Hausser D. - Les personnels hospitaliers. Rapport final 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 41 p.
- 39.7 Mathey M.-C., Schröder I. - Rekrutenschule und AIDS-Prävention. Schlussbericht 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 67 p.
- 39.8 Stricker M. - Sex-Touristen. Schlussbericht 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 62 p.
- 39.9 Birchmeier B., Richard J.-E. - Diffusion et répercussion de messages de prévention par les médias et Image du sida dans les médias. Décembre 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 105 p.
- 39.10 Mathey M.-C., Schröder I. - Kantonale Strategien der AIDS-Prävention und -Bekämpfung. Schlussbericht 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 26 p.
- 39.13 Duvanel B., Wülser H. - Les éducateurs et assistants sociaux. Décembre 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 42 p.
- 39.14 Masur J.-B. - Médecins praticiens. Rapport final 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 40 p.
- 39.15 Masur J.-B. - Services de test VIH. Décembre 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 31 p.
- 39.16 Hausser D. - Programmes de formation d'intervenants dans le domaine du sida. Décembre 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 26 p.
- 39.18 Schröder I. - Kulturmuster des Partnerschafts- und Sexualverhaltens und AIDS. Schlussbericht 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 25 p.
- 39.20 Weber-Jobé M., de Vargas D., Lehmann P. - Image des préservatifs. Décembre 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 40 p.
40. Eggli Y. - Performances descriptives des "Diagnosis Related Groups" adaptés aux statistiques hospitalières suisses (Th. Méd. Lausanne, 1989). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 160 p.
41. Mottaz A. - Etude pilote visant à mesurer les coûts réels de patients chirurgicaux par observation directe (Th. Méd. Lausanne, 1988). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 98 p.
42. Eggli Y., Paccaud F. - Pertinence des critères de partition de l'arbre de classification des DRG. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 62 p.



43. Paccaud F., Schenker L. (Eds). - Perspectives d'utilisation des "Diagnosis Related Groups" (DRG) dans les hôpitaux suisses. Rapport final de l'étude intercantonale sur les clientèles hospitalières ("Etude Casemix"). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 198 p.
44. European Community Working Party on AIDS (PMG Epidemiology and Prevention). - Assessment of AIDS preventive strategies. Report on a Workshop. Luzern, 28-29 Nov. 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 59 p.
45. (non publié)
46. Hausser D., Jeangros C., Lehmann P., Martin J. - Pratique médicale ambulatoire 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 216 p.
- 47.1 Masur J.-B., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Couples et séropositivité (VIH). I. Utilisateurs de drogues par voie intra-veineuse. Etude effectuée en collaboration avec l'OMS. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 48 p.
- 47.2 Masur J.-B., Hausser D. - Couples et séropositivité (VIH). II. Comportements bisexuels. Etude effectuée en collaboration avec l'OMS. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 75 p.
48. Delorme P. - Mesure de la tension artérielle et prestations médico-techniques en médecine ambulatoire. (Th. Méd. Lausanne, 1989). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 76 p.
49. Koehl-Gundlich C. - Eine Vergleichstudie zwischen Schweizer Städten : Verhaltensweisen der Bevölkerung und Präventivprogramme. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 30 p.
50. Lehmann P., Dubois M., Koehl-Gundlich C. - Une évaluation des programmes communautaires de prévention dans le canton de Vaud. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 166 p.
51. Milliet N. - Les diagnostics en médecine ambulatoire. (Th. Méd. Lausanne, 1990). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 97 p.
52. Hausser D., Zimmermann E., Dubois-Arber F., Paccaud F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. 3ème rapport de synthèse 1989-1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 160 p.
- 52a. Hausser D., Zimmermann E., Dubois-Arber F., Paccaud F. - Evaluation der Aids-Präventions Strategie in der Schweiz. Dritter zusammenfassender Bericht, 1989-1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 154 p.
- 52b. Hausser D., Zimmermann E., Dubois-Arber F., Paccaud F. - Evaluation of the Swiss Aids Prevention Policy, third assessment report, 1989-1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990.
- 52.1 Zimmermann E., Jeangros C., Hausser D., Zeugin P. - Evaluation de la "Prévention primaire de la drogue dans le cadre de la campagne STOP SIDA" 1989. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 53 p.
- 52.2a. Flückiger M., Spreyermann C. - Aidsprävention bei DrogenkonsumentInnen. Praxisauswertung der Aktion Sprützhüsli in Basel. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 108 p.
- Kurzfassung des Berichts 52.2a : Lebensbedingungen als Grundlage der Aidsprävention bei Drogenkonsumierenden. 1990. 8 p.

- 52.2b Flückiger M., Spreyermann C. - Evaluation de l'opération Sprützhüsli à Bâle. Programmes d'intervention dans le cadre d'un travail en matière de drogue qui n'impose pas l'abstinence. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 108 p.
- Résumé du rapport 52.2b : De meilleures conditions de vie, base de la prévention du sida auprès des consommateurs de drogue. 1990. 8 p.
- 52.3 Hausser D. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Toxicomanie et sida : enquête auprès de clients d'unités de traitements à Genève. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991.
- 52.4 Lander B. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Les projets de prévention du sida chez les toxicomanes. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 110 p.
- 52.5 Malatesta D. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Toxicomanie et prévention du sida. Etude descriptive d'une histoire récente. Genève 1980-1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 36 p.
- 52.6 Spreyermann C. - Evaluation der Aids-Präventions Strategie in der Schweiz. Man könnte meinen, wir sässen alle im gleichen Boot ; Lebensalltag und Alltagsbewältigung von Drogenkonsumentinnen. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 70 p.
- 52.7 Fleury F., Haour-Knipe M., Ospina S. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Sida/migration/prévention. Dossiers portugais, espagnol et 2ème partie dossier turc, 1989-1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991.
- 52.8 Masur J.-B., Dubois-Arber F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Les homosexuels. Etude 1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991.
- 52.9 Schröder I., Mathey M.-C. - Evaluation der Aids-Präventions Strategie in der Schweiz. Jugendliche und Eltern. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991.
- 52.10 Gruet F., Baumann A. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Sida et sexualité chez les 30 - 45 ans. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990 (à paraître).
- 52.11 Meystre-Agustoni G., Hausser D. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Les médecins praticiens face à la prévention du sida. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 107 p.
53. Gonin M.-A. - Incidence des fractures du fémur proximal dans le canton de Vaud. (Th. Méd. Lausanne, 1989). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 80 p.
54. Clément-Pralong M. - Evolution de la mortalité infantile en Suisse de 1979 à 1985. (Th. Méd. Lausanne, 1989). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 64 p.
55. Paccaud F., Klinké S., Pescia G. - Efficacité et sécurité du prélèvement des villosités chorales : une étude comparative avec l'amniocentèse. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 129 p.
56. Nydegger Udin M. - Les consultations motivées par une douleur dans la pratique ambulatoire. (Th. Méd. Lausanne, 1991). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 93 p.

57. Hausser D., Paccaud F. - A review of studies which have used quantitative methods to evaluate the effectiveness of interventions and programmes implemented to prevent and control AIDS. In collaboration with Global Programme on AIDS, Geneva. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 59 p.
58. Meyer D., Eggli Y. - Protection des données médicales des hôpitaux : dispositions transitoires. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1990, 50 p.
59. Meyer D., Eggli Y. - Inventaire des sources de données sanitaires du canton de Vaud : situation au 31.12.1990. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1990, 34 p. + annexes.
60. Michel A.E. - La pratique ophtalmologique ambulatoire dans les cantons de Vaud et Fribourg en 1987. (Th. Méd. Lausanne, 1990). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 97 p.
61. Schmidt J.G. - The epidemiology of mass breast cancer screening : a plea for a valid measure of benefit. (Th. Méd. Lausanne, 1989). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 70 p.
62. Gaudin C. - Alcoolisme, contexte psychosocial et perspectives de traitement dans une population hospitalière. (Th. Méd. Lausanne, 1990). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 46 p.
63. Santos-Eggimann B., Martin-Béran B., Paccaud F. - Etude comparative de la mortalité infantile dans les cantons du Valais et de Vaud (Canton de Vaud). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 45 p.
64. Santos-Eggimann B., Martin-Béran B., Paccaud F. - Etude comparative de la mortalité infantile dans les cantons du Valais et de Vaud (Canton du Valais). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 46 p.

